

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Кафедра госпитальной терапии
с курсом медико-социальной экспертизы*

Методические указания
для обучающихся по специальности Лечебное дело
по дисциплине
«Неотложные состояния в клинике внутренних
болезней»

Рязань, 2022

УДК 616-083.98(075.83)

ББК 53.5

М545

Под редакцией профессора С.С. Якушина

- Рецензенты:** *М.А. Бутов*, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней;
Е.В. Филиппов, д.м.н., доц., зав. кафедрой поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики
- Авторы:** *С.С. Якушин*, д.м.н., проф.; зав. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
Н.Н. Никулина, д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
В.С. Петров, д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
С.В. Селезнев, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
Е.А. Правкина, к.м.н., ассист. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы

М545 Методические указания для обучающихся по специальности Лечебное дело по дисциплине «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней» / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, В.С. Петров [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2022 – 134с .

В настоящих методических указаниях для студентов представлены отдельные темы по дисциплине, не входящие в темы практических занятий и лекций, в которые включены программированный контроль, кейс–задачи и рекомендуемая литература.

УДК 616-083.98(075.83)

ББК 53.5

© Авторы, 2022

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2022

Содержание

Гипертонический криз. Кризы при вторичных артериальных гипертензиях. Другие осложнения неконтролируемой артериальной гипертензии. <i>(Якушин С.С., Правкина Е.А.)</i>	4
Внезапная сердечная смерть: определение, профилактика. Лечение и профилактика желудочковых нарушений ритма. Нарушения проведения в синоатриальном и атриовентрикулярном узлах: возможности диагностики и подходы к терапии. Базовый реанимационный комплекс. <i>(Петров В.С.)</i>	14
Острый коронарный синдром и инфаркт миокарда: клинические проявления, диагностика, тактика лечения. Догоспитальный этап оказания медицинской помощи. <i>(Селезнев С.В.)</i>	37
Наджелудочковые аритмии: этиология, классификация, стратификация риска, лечение. <i>(Селезнев С.В.)</i>	57
Тромбоэмболия легочной артерии и тромбоз глубоких вен: подходы к диагностике и профилактике. Терапия ТЭЛА в зависимости от массивности эмболии. <i>(Петров В.С.)</i>	67
Острый респираторный дистресс-синдром: диагностика и лечение. Пневмоторакс: диагностика, возможности врача терапевта. <i>(Никулина Н.Н.)</i>	85
Отравления лекарственными препаратами. Пищевые отравления. Способы промывания желудка. Антидотная терапия. Острые аллергические реакции: отек квинке, анафилактический шок. <i>(Петров В.С.)</i>	100
Коллапс, шок, отек легких: причины, диагностика, тактика врача терапевта. <i>(Якушин С.С., Правкина Е.А.)</i>	124

Тема занятия: ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ. КРИЗЫ ПРИ ВТОРИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЯХ. ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Цель занятия: изучить неотложные состояния при артериальной гипертензии – кризы и помощь при них, осложнения неконтролируемой артериальной гипертензии.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 4

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

ПК-1: Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 20 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала (контроль теоретической подготовки студентов) - 35 мин:

Программированный контроль:

1. КАКОВЫ СИМПТОМЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ?

A. парезы, нарушение сознания

Б. головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушение сознания, судороги

В. нарушение сознания, галлюцинации, бред

Г. головная боль, раздражительность, «мушки» перед глазами

2. ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СЛЕДУЕТ СНИЖАТЬ АД ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, КРОМЕ:

А. Урапидил

Б. Нифедипин

В. Эналаприлат

Г. Метопролол

3. ДО КАКИХ ЗНАЧЕНИЙ СЛЕДУЕТ СНИЖАТЬ АД ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ?

А. среднее АД на 25% с контролем клинического состояния

Б. АД до 140/90 мм рт. ст.

В. САД менее 185 мм рт. ст.

Г. САД менее 160 мм рт. ст. с контролем клинического состояния

4. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ГК И ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТОМ:

А. Не рекомендуется рутинное снижение артериального давления в острейшем периоде инсульта

Б. Только при повышении АД >220/120 мм рт. ст. рекомендуется в/в введение антигипертензивных препаратов в до уровня АД 180–220/100–120 мм рт. ст.

В. Пациенты, которым проводится фибринолитическая терапия, составляют отдельную категорию: САД у таких пациентов должно быть менее 185 мм рт. ст.

Г. Следует избегать резкого снижения артериального давления

Д. Все утверждения верны

5. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СНИЖЕНИЯ АД ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ (АД>220/120 ММ РТ.СТ.), КРОМЕ?

А. Урапидил

Б. Эналаприлат

В. Нифедипин

Г. Нитропруссид

6. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ, СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ?

- А. Урапидил
- Б. Метопролол
- В. Нитропруссид

7. ТАКТИКА «В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 24 ЧАСОВ ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИМПТОМОВ ПРИ ПОВЫШЕННОМ ВЧД ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ СРЕДНЕЕ АД МЕНЕЕ 130 ММ РТ. СТ. (САД МЕНЕЕ 180 ММ РТ.СТ.), БЕЗ ПОВЫШЕННОГО ВЧД – МЕНЕЕ 110 ММ РТ.СТ (САД МЕНЕЕ 160 ММ РТ. СТ.)» ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ГК И:

- А. ишемическом инсульте
- Б. геморрагическом инсульте
- В. гипертонической энцефалопатии
- Г. субарахноидальном кровоизлиянии

8. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГК ПРИ РАЗВИВШЕМСЯ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ, КРОМЕ:

- А. Нитроглицерин/нитропруссид
- Б. Метопролол
- В. Фуросемид
- Г. Эналаприлат
- Д. Урапидил

9. КУПИРОВАНИЕ ГК ПРИ ОКС ПРОВОДИТСЯ:

- А. нитроглицерином
- Б. урапидилом
- В. метопрололом
- Г. всеми перечисленными препаратами

10. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД ПРИ ГК И РАССЛОЕНИИ АОРТЫ, КРОМЕ?

- А. комбинация метопролола и нитроглицерина
- Б. урапидил
- В. фуросемид, эналаприлат
- Г. Все перечисленные препараты применяются

11. КАКИЕ ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ ПРИ ГК И РАССЛОЕНИИ АОРТЫ?

- А. Систолическое АД менее 120 мм рт. ст. и ЧСС 55-60 в минуту
- Б. АД менее 140/90 мм рт. ст.
- В. Систолическое АД менее 140 мм рт. ст. и ЧСС 55-60 в минуту
- Г. АД менее 120/80 мм рт. ст.

12. ПРИ ГК И ПРЕЭКЛАМПСИИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ:

- А. фуросемида
- Б. сульфата магния
- В. эналаприлата

13. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ- ЭТО:

- А. Состояние, при котором значительное повышение АД ассоциируется с острым поражением органов-мишеней, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на контролируемое снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии
- Б. Внезапное повышение АД, выше привычных значений для пациента, требующего снижения
- В. Состояние, вызванное повышением АД более 180/110 мм рт. ст., сопровождающееся усугублением клинических симптомов и требующее быстрого снижения АД

14. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГК:

- А. Тошнота, рвота – метоклопрамид
- Б. Судорожный синдром, эклампсия – сульфат магния, диазепам
- В. Цефалгия – метамизол натрия, дибазол
- Г. Все пары верны

15. В КАКОЙ СРОК ДОЛЖНА БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ЭКГ ПАЦИЕНТУ С ГК ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР?

- А. до 10 минут
- Б. до 15 минут
- В. до 20 минут
- Г. до 30 минут

16. В КАКОЙ СРОК С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН ВРАЧОМ ТЕРАПЕВТОМ (КАРДИОЛОГОМ, НЕВРОЛОГОМ)?

- А. до 10 минут

Б. до 15 минут

В. до 20 минут

Г. до 30 минут

17. В КАКОЙ СРОК ДОЛЖНА БЫТЬ НАЧАТА ВНУТРИВЕННАЯ ТЕРАПИЯ С ЦЕЛЮ КУПИРОВАНИЯ ГК ОТ МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР?

А. до 10 минут

Б. до 15 минут

В. до 20 минут

Г. до 30 минут

18. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ УРАПИДИЛ?

А. альфа-блокатор

Б. диуретик

В. препарат центрального действия

Г. вазодилататор

Д. ИАПФ

19. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ЭНАЛАПРИЛАТ?

А. альфа-блокатор

Б. диуретик

В. препарат центрального действия

Г. ИАПФ

Д. вазодилататор

20. КУДА ДОЛЖЕН БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН ПАЦИЕНТ С ГК?

А. палата интенсивной терапии

Б. нейрореанимация сосудистого центра

В. отделение неотложной кардиологии

Г. все вышеперечисленное в зависимости от осложнения

21. КАКАЯ СКОРОСТЬ И КАКИЕ ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ СОБЛЮДАТЬСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ АД ПРИ ГК И ОТЕКЕ ЛЕГКИХ?

А. немедленно, САД ниже 140 мм рт. ст.

Б. немедленно, САД ниже 120 мм рт. ст. и ЧСС 55-60 в минуту

В. немедленно, снизить среднее АД на 20-25%

Г. в течение нескольких часов, снизить среднее АД на 20-25%

Вопросы для обсуждения:

1. Дайте определение гипертонического криза.
2. Перечислите варианты острого поражения органов-мишеней при ГК.
3. Назовите группы и примеры лекарственных препаратов, применяемых для лечения ГК.
4. Назовите целевые показатели давления, временные рамки для их достижения и препараты, применяемые и нежелательные при ГК и ишемическом и геморрагическом инсультах.
5. Назовите целевые показатели давления, временные рамки для их достижения и препараты, применяемые при ГК и расслаивающей аневризме аорты.
5. Назовите целевые показатели давления, временные рамки для их достижения и препараты, применяемые при ГК и гипертонической энцефалопатии и субарахноидальном кровоизлиянии.
6. Назовите целевые показатели давления, временные рамки для их достижения и препараты, применяемые при ГК и ОКС.
7. Назовите целевые показатели давления, временные рамки для их достижения и препараты, применяемые при ГК и отеке легких.
8. Назовите особенности лечения больных с ГК при катехоламиновых кризах.
9. Назовите особенности лечения больных с ГК при преэклампсии/эклампсии.
10. Какие препараты имеют синдром отмены, при котором наблюдается значительное повышение АД?
11. Перечислите возможные осложнения неконтролируемой артериальной гипертензии.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 00 мин.

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной 46 лет на станции СП с жалобами на интенсивную боль за грудиной и в животе с иррадиацией в левую ногу.

Считал себя здоровым. АД при редких измерениях около 150-160/90 мм рт. ст. Ухудшение сегодня в течение 9 часов: нарастала головная боль. Пациент был на рыбалке, за помощью не обращался. Около 1,5 часов назад, когда пациент встал со стула, внезапно возник приступ «раздирающих» болей за грудиной, в животе, несколько позже отмечена иррадиация болей в левую ногу. Товарищи транспортировали его с озера на ближайшую станцию СП.

При осмотре врачом СП состояние тяжелое. В сознании, пациент мечется от боли. Бледность кожных покровов, цианоз кожных покровов левой ноги. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Систолический шум над брюшной аортой. АД 180/104 мм рт. ст., ЧСС – 102 уд/мин. Выявлено ослабление пульсации на артериях левой н/к. Печень у края реберной дуги. На ЭКГ - синусовая тахикардия, признаки гипертрофии левого желудочка.

По СП введено ненаркотическое обезболивающее.

Вопросы:

1. Какой диагноз следует поставить данному пациенту?
2. Какое острое поражение органа-мишени вероятно у данного пациента? Какими методами его можно подтвердить?
3. Куда в оптимальном варианте должен быть госпитализирован больной?
4. Какова тактика лечения пациента?

Задача №2.

Родственники больной К. 65 лет вызвали СП. С их слов пациентка с утреннего времени жаловалась на головокружение, головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, принимала к плановой антигипертензивной терапии (амлодипин/индапамид/лизиноприл 10/1,5/20 мг) в связи с повышением АД до 190

100 мм рт. ст. каптоприл 50 мг под язык, дополнительно моксонидин 0,2 мг внутрь без существенного эффекта. После ужина 20 минут назад пациентка начала задыхаться, появилось «клокочущее» дыхание. Сбор жалоб у пациентки затруднен из-за тяжести состояния.

Из анамнеза: течение 15 лет страдает гипертонической болезнью, регулярно принимает назначенные препараты с достижением ежедневного АД - 160/90 мм рт. ст. в течение 5 лет-сахарный диабет 2 типа, на пероральных сахароснижающих препаратах (гликлазид 60 мг в стуки, метформин лонг 850 мг в сутки)- глюкоза крови 8-9 ммоль/л.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы лица гиперемированы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 88 уд/мин, единичные экстрасистолы. АД – 210/112 мм рт. ст. В лёгких дыхание проводится во все отделы, влажные крупнопузырчатые и среднепузырчатые хрипы до середины лопаток с обеих сторон, ЧД – 30 в мин. Периферических отёков нет.

На ЭКГ: синусовый ритм, одиночная желудочковая экстрасистолия, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 90 уд/мин.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие осложнение возникло у пациентки?
3. Куда в оптимальном варианте должен быть госпитализирована больная?
4. С каким острым состоянием в первую очередь следует проводить дифференциальную диагностику? Какие исследования нужны? Обоснуйте ответ.
5. Какова тактика лечения пациентки?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред.

- профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
 3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
 4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
 5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.

5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Петербургский союз врачей - <https://www.spb.doctor/>
2. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
- СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>.

Базы данных и информационно-справочные системы

1. Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru>
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru>
3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru>
4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - <http://www.viniti.ru/>
5. Кокрановская библиотека <https://www.cochranelibrary.com/>
6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuestebrary-PsychologyandSocialWork - <http://site.ebrary.com/lib/rzgmu>.
7. Библиографическая и реферативная база данных Scopus - www.scopus.com.

Тема занятия: ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА. НАРУШЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ В СИНОАТРИАЛЬНОМ И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ УЗЛАХ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ. БАЗОВЫЙ РЕАНИМАЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Цель занятия: изучить подходы к профилактике внезапной сердечной смерти и правила проведения базового реанимационного комплекса.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы для сердечно-легочной реанимации.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

ПК-1: Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 30 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала:

1) контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ АТРОПИНА В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) атрио-вентрикулярная блокада
- Б) анафилактический шок
- В) передозировка периферических миорелаксантов
- Г) гипогликемическая кома

2. ПОСЛЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ОТСУТСТВИЯ СОЗНАНИЯ НЕОБХОДИМО

- А) позвать на помощь
- Б) вызвать скорую помощь
- В) оценить дыхание
- Г) проверить наличие пульса на сонной артерии

3. МИНИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 100
- Б) 90
- В) 80
- Г) 70

4. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ У ВЗРОСЛЫХ НАЧИНАЕТСЯ С ПРОВЕДЕНИЯ

- А) 30 компрессий грудной клетки
- Б) 5 искусственных вдохов
- В) 15 компрессий грудной клетки
- Г) 3 искусственных вдохов

5. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 30:2
- Б) 30:5
- В) 15:2
- Г) 5:1

6. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ ПО САФАРУ ВКЛЮЧАЕТ

- А) разгибание головы назад, выведение нижней челюсти вперед, открытие рта

Б) поворот головы пострадавшего на бок, открывание рта, валик под голову

В) освобождение от стесняющей одежды области шеи

Г) прием Селика

7. МАКСИМАЛЬНАЯ ГЛУБИНА ВДАВЛЕНИЯ ГРУДИНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ ____ СМ

А) 6

Б) 5

В) 4

Г) 3

8. ОБЪЕМ ИСКУССТВЕННОГО ВДОХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

А) 500-600

Б) 700-800

В) 300-400

Г) 1000-1100

9. ВРЕМЯ, ЗАТРАЧИВАЕМОЕ НА ОДИН ИСКУССТВЕННЫЙ ВДОХ, ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

А) 1 секунду

Б) 2 секунды

В) 3 секунды

Г) 4 секунды

10. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ

А) внутривенно

Б) эндотрахеально

В) внутримышечно

Г) подкожно

11. КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НЕ СЛЕДУЕТ ПРЕРЫВАТЬ БОЛЕЕ ЧЕМ НА _____ СЕКУНД

А) 10

Б) 15

В) 20

Г) 5

12. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 15:2
- Б) 30:2
- В) 10:1
- Г) 5:1

13. КАКОГО РЕАНИМАЦИОННОГО МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЕТ АСИСТОЛИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ

- А) закрытый массаж сердца
- Б) электроимпульсная терапия
- В) в/в введение мезатона
- Г) в/в введение верапамила

14. ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В 70-80% СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Асистолия
- Б) Фибрилляция желудочков (желудочковая тахикардия без пульса)
- В) Электро-механическая диссоциация
- Г) Первичная остановка дыхания

15. ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В 10-29% СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Асистолия
- Б) Фибрилляция желудочков (желудочковая тахикардия без пульса)
- В) Электро-механическая диссоциация
- Г) Первичная остановка дыхания

16. ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В 3% СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Асистолия
- Б) Фибрилляция желудочков (желудочковая тахикардия без пульса)
- В) Электро-механическая диссоциация
- Г) Первичная остановка дыхания

17. ВЕРОЯТНОСТЬ ВЫЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАННЕЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ

РЕАНИМАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ НА 4 МИНУТЕ СМЕРТИ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 30%
- Б) 20%
- В) 2-8%
- Г) 0-2%

18. ВЕРОЯТНОСТЬ ВЫЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАННЕЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ НА 6-8 МИНУТЕ СМЕРТИ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 30%
- Б) 20%
- В) 2-8%
- Г) 0-2%

19. ВЕРОЯТНОСТЬ ВЫЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАННЕЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ НА 10 МИНУТЕ СМЕРТИ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 30%
- Б) 20%
- В) 2-8%
- Г) 0-2%

20. ПРАВИЛЬНЫМ СООТНОШЕНИЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) 2 вдоха: 15 компрессий
- Б) 1 вдох: 5 компрессий
- В) 15 компрессий: 2 вдоха
- Г) 30 компрессий: 2 вдоха

21. ШАНС БЫТЬ УСПЕШНО РЕАНИМИРОВАННЫМ СНИЖАЕТСЯ С БЫСТРОТОЙ:

- А) 30% в минуту
- Б) 20% в минуту
- В) 10% в минуту
- Г) 5% в минуту

22. ПЕРВЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПАЦИЕНТА, ВЕРОЯТНО, НАХОДЯЩЕГОСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ ИЛИ УМЕРШЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Оценка реакции пациента на обращенную речь и прикосновение

- Б) Оценка собственной безопасности
- В) Открытие дыхательных путей и определение наличия дыхания
- Г) Оценка дыхания

23. ВТОРЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПАЦИЕНТА, ВЕРОЯТНО, НАХОДЯЩЕГОСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ ИЛИ УМЕРШЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Оценка реакции пациента на обращенную речь и прикосновение
- Б) Оценка собственной безопасности
- В) Открытие дыхательных путей и определение наличия дыхания
- Г) Выделение человека из толпы

24. СЛЕДУЮЩИМ ПОСЛЕ «ОЦЕНКИ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТА НА ОБРАЩЕННУЮ РЕЧЬ И ПРИКОСНОВЕНИЕ» ДЕЙСТВИЕМ ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПАЦИЕНТА, ВЕРОЯТНО, НАХОДЯЩЕГОСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ ИЛИ УМЕРШЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Отправить помощника (выделенного человека) вызвать скорую помощь (реанимацию) и найти дефибриллятор
- Б) Оценка собственной безопасности
- В) Открытие дыхательных путей и определение наличия дыхания
- Г) Выделение «человека из толпы»

25. СЛЕДУЮЩИМ ПОСЛЕ «ВЫДЕЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ИЗ ТОЛПЫ» ДЕЙСТВИЕМ ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПАЦИЕНТА, ВЕРОЯТНО, НАХОДЯЩЕГОСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ ИЛИ УМЕРШЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Оценка реакции пациента на обращенную речь и прикосновение
- Б) Отправить помощника вызвать скорую помощь (реанимацию) и найти дефибриллятор
- В) Открытие дыхательных путей и определение наличия дыхания
- Г) Определение пульса на центральных артериях

26. СЛЕДУЮЩИМ ПОСЛЕ «ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ ДЫХАНИЯ» ДЕЙСТВИЕМ ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПАЦИЕНТА, ВЕРОЯТНО, НАХОДЯЩЕГОСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ ИЛИ УМЕРШЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Оценка реакции пациента на обращенную речь и прикосновение

Б) Отправить помощника (выделенного человека) вызвать скорую помощь (реанимацию) и найти дефибриллятор

В) Начать проведения массажа грудной клетки

Г) Выделение человека из толпы

27. СЛЕДУЮЩИМ ПОСЛЕ «ОТПРАВЛЕНИЯ ПОМОЩНИКА ЗА ДЕФИБРИЛЛЯТОРОМ» ДЕЙСТВИЕ ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПАЦИЕНТА, ВЕРОЯТНО, НАХОДЯЩЕГОСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ ИЛИ УМЕРШЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

А) Начать проведения массажа грудной клетки

Б) Отправить помощника (выделенного человека) вызвать скорую помощь (реанимацию) и найти дефибриллятор

В) Открытие дыхательных путей и определение наличия дыхания

Г) Определение пульса на центральных артериях

28. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД НАЧАЛОМ РЕАНИМАЦИИ НЕ ПРОВОДИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

А) Определение пульса на центральных артериях

Б) Определение реакции зрачка на свет

В) Определение отсутствия дыхания

Г) Выслушивание тонов сердца

29. ПРАВИЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ РУК НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) На 2 см выше мечевидного отростка

Б) В центре грудной клетки

В) На 4 см выше мечевидного отростка

Г) Слева от грудины (на абсолютной тупости сердца)

30. ПРАВИЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ РУК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) По типу «бабочки»

Б) В «замок» одна над другой

В) Под углом 30° одна над другой

Г) Раскрытая ладонь одна над другой

31. ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ:

А) 8-10 см

Б) 3-4 см

В) 4-5 см

Г) 6-7 см

32. ЧАСТОТА (СКОРОСТЬ) КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ ПРИ СРЛ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:

А) 100 в минуту

Б) 130 в минуту

В) 75 в минуту

Г) 60 в минуту

33. КОЛИЧЕСТВО КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СРЛ В МИНУТУ В СЛУЧАЕ СООТНОШЕНИЯ 30 КОМПРЕССИЙ: 2 ВДОХА СОСТАВЛЯЕТ:

А) 120

Б) 100

В) 75

Г) 50

34. УРОВЕНЬ КИСЛОРОДА В КРОВИ С МОМЕНТА КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ОСТАЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ В ТЕЧЕНИИ:

А) 1 минуты

Б) 2-3 минут

В) 5 минут

Г) 7 минут

35. ОШИБКОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

А) «налегание» на грудную клетку (феномен остаточной компрессии)

Б) количество нажатий в минуту 56-64 в минуту

В) проведение компрессий резкими толчками

Г) все верно

36. ПРЕРЫВАНИЕ МАССАЖА СЕРДЦА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДВУХ ВДОХОВ ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ:

А) 5 сек

Б) 10 сек

В) 15 сек

Г) 20 сек

37. ПРОВЕДЕНИЕ СРЛ У ВЗРОСЛЫХ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ:

- А) Проведение двух вдохов
- Б) Нанесение прекардиального удара
- В) Проведение 30 компрессий
- Г) Пункции сосуда

38. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ОЦЕНКА ЭКГ С ПОМОЩЬЮ ДЕФИБРИЛЯТОРА ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ:

- А) 1 мин
- Б) 2 мин
- В) 3 мин
- Г) 5 мин

39. КОЛИЧЕСТВО НЕПРЕРЫВНЫХ КОМПЛЕКСОВ 30 КОМПРЕССИЙ+2 ВДОХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 3 комплекса (~1,5мин)
- Б) 5 комплексов (~2 мин)
- В) 7 комплексов (~2,5мин)
- Г) 10 комплексов (~4мин)

40. КОРОНАРНОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ ЭТО:

- А) Давление в легочной артерии – давление в правом предсердии
- Б) Давление в правом предсердии – давление в сонных артериях
- В) Давление в аорте – давление в правом предсердии
- Г) Давление в легочной артерии – давление в аорте

41. УРОВЕНЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕРДЦЕ, ОБЕСПЕЧИВАЕМЫЙ ПРАВИЛЬНО ПРОВОДИМОЙ СЛР:

- А) 10-20% от нормального кровотока
- Б) 20-30% от нормального кровотока
- В) 30-40% от нормального кровотока
- Г) 40-50% от нормального кровотока

42. УРОВЕНЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ, ОБЕСПЕЧИВАЕМЫЙ ПРАВИЛЬНО ПРОВОДИМОЙ СЛР:

- А) 10-20% от нормального кровотока
- Б) 20-30% от нормального кровотока
- В) 30-40% от нормального кровотока
- Г) 40-50% от нормального кровотока

43. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ВО ВРЕМЯ СЛР НАНОСЯТСЯ:

- А) Только одиночные разряды
- Б) Серия из двух разрядов

- В) Серия из трех разрядов
- Г) Серия из четырех разрядов

44. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- А) Биполярный импульс
- Б) Монополярный импульс
- В) Импульс кардиостимулятора
- Г) Механическую дефибрилляцию (прекардиальный удар)

45. ЭФФЕКТИВНЫМ ПЕРВЫМ РАЗРЯДОМ БИПОЛЯРНОГО ДЕФИБРИЛЯТОРА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ИМПУЛЬС:

- А) 100-120 Дж
- Б) 150-200 Дж
- В) 200-250 Дж
- Г) 250-360 Дж

46. ГРУБОЙ ОШИБКОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Определение ритма через 2 минуты после дефибрилляции
- Б) Определение ритма и пульса после дефибрилляции
- В) Определение ритма перед дефибрилляцией
- Г) Проведение 2 мин массажа и дыхания между разрядами дефибрилляции

47. МИНИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЕ ПАУЗА МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ И РАЗРЯДОМ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) До 5 сек
- Б) 5-10 сек
- В) 10-15 сек
- Г) 15-20 сек

48. ЕСЛИ МЕЛКОВОЛНОВУЮ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ТРУДНО ОТЛИЧИТЬ ОТ АСИСТОЛИИ НЕОБХОДИМО:

- А) Провести разряд дефибрилляции
- Б) Не проводить разряд дефибрилляции
- В) Ввести лекарственные препараты
- Г) Провести интубацию трахеи

49. ПРОГРАММА ПУБЛИЧНОГО ДОСТУПА К ДЕФИБРИЛЯТОРАМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗМЕЩЕНИЕ ДЕФИБРИЛЯТОРОВ В ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ, ГДЕ:

- А) Происходит одна внезапная смерть в год
- Б) Две внезапных смерти в год
- В) Три внезапных смерти в год
- Г) Четыре внезапных смерти в год

50. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДЕФИБРИЛЛЯТОР НЕ ИМЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВ ПЕРЕД АВТОМАТИЧЕСКИМ НАРУЖНЫМ ДЕФИБРИЛЛЯТОРОМ ЕСЛИ:

- А) Разряд наносится в первые три минуты
- Б) Разряд наносится в первые четыре минуты
- В) Разряд наносится в первые пять минут
- Г) Разряд наносится в первые шесть минут

51. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА (ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ РИТМА) И НАЛИЧИЯ НА МОНИТОРЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ (ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ) ПЕРВОЕ ВВЕДЕНИЕ АДРЕНАЛИНА ПРОВОДИТЬСЯ ПЕРЕД:

- А) Первым разрядом дефибриллятора и 2-х мин СЛР
- Б) Вторым разрядом дефибриллятора и 2-х мин СЛР
- В) Третьим разрядом дефибриллятора и 2-х мин СЛР
- Г) Четвертым разрядом дефибриллятора и 2-х мин СЛР

52. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА (ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ РИТМА) И НАЛИЧИЯ НА МОНИТОРЕ АСИСТОЛИИ (ЭЛЕКТРО-МЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ) ПЕРВОЕ ВВЕДЕНИЕ АДРЕНАЛИНА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПЕРЕД:

- А) Первой 2-х мин СЛР
- Б) Второй 2-х мин СЛР
- В) Третьей 2-х мин СЛР
- Г) Четвертой 2-х мин СЛР

53. ПРИ НАЛИЧИИ АСИСТОЛИИ ДЛЯ РАСШИРЕННОЙ СЛР ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТОЛЬКО:

- А) Атропин + адреналин
- Б) Адреналин
- В) Адреналин+кальция хлорид
- Г) Адреналин+кальция хлорид+атропин

54. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ДЛЯ РАСШИРЕННОЙ СЛР ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТОЛЬКО:

- А) Адреналин+кальция хлорид+атропин

Б) Адреналин+кордарон+ атропин

В) Атропин + адреналин

Г) Адреналин+кордарон

55. ПОСТАНОВКА ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ВОЗМОЖНА, ЕСЛИ СПЕЦИАЛИСТ МОЖЕТ ВЫПОЛНИТЬ ИНТУБАЦИЮ ЗА:

А) 5 секунд

Б) 10 секунд

В) 15 секунд

Г) 20 секунд

56. ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СЛР ПРОВОДИТЬСЯ ТОЛЬКО:

А) В периферические вены

Б) В центральные вены

В) В артерии

Г) В интубационную трубку

57. ДЛЯ УСТАНОВКИ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА ДОСТАТОЧНО:

А) Признаков биологической смерти или смерти мозга

Б) Функциональных признаков (отсутствие сознания, пульса, дыхания, АД, рефлексов)

В) Биологических признаков (максимальное расширение зрачков, бледность кожи, снижение температуры тела)

Г) Поздних трупных изменений

58. К РАННИМ ТРУПНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСИТСЯ:

А) охлаждение тела, трупные пятна, трупное окоченение, высыхание тканей

Б) отсутствие сознания, пульса, дыхания, АД, рефлексов

В) максимальное расширение зрачков, бледность кожи, снижение температуры тела

Г) признаки разложения или мумификации

59. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРЕКРАЩАЮТСЯ:

А) При отсутствии сознания, пульса, дыхания, АД, рефлексов

Б) При максимальном расширении зрачков, бледности кожи, снижении температуры тела

В) При асистолии на ЭКГ

Г) При признании этих мер абсолютно бесперспективными

60. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРЕКРАЩАЮТСЯ:

- А) При отсутствии сознания, пульса, дыхания, АД, рефлексов
- Б) При максимальном расширении зрачков, бледности кожи, снижении температуры тела
- В) При констатации смерти мозга
- Г) При асистолии на ЭКГ

61. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРЕКРАЩАЮТСЯ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ В ТЕЧЕНИЕ:

- А) 15 минут
- Б) 30 минут
- В) 45 минут
- Г) 60 минут

62. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕ ПРОВОДЯТСЯ:

- А) При максимальном расширении зрачков, бледности кожи, снижении температуры тела
- Б) При наличии охлаждения тела, трупные пятна, трупное окоченение, высыхание тканей
- В) При асистолии на ЭКГ
- Г) При отсутствии сознания, пульса, дыхания, АД, рефлексов

63. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕ ПРОВОДЯТСЯ:

- А) При наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний
- Б) При наступлении состояния клинической смерти на фоне неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью
- В) При наличии признаков биологической смерти
- Г) Все верно

64. ПОКАЗАНИЯМИ К ИМПЛАНТАЦИИ ЭКС ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении
- Б) эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы
- В) признаки синдрома ранней реполяризации желудочков
- Г) признаки синдрома Бругада

65. НАИБОЛЕЕ ВЕРНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ИМ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ РАЗВИТИЕМ ПОЛНОЙ АВ-БЛОКАДЫ С ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА 24 В МИНУТУ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) установка эндокардиального электрода и проведение временной ЭКС
- Б) введение адреномиметиков
- В) введение атропина
- Г) введение лазикса

66. ПРИЗНАКОМ АВ-БЛОКАДЫ I СТ. ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) увеличение PQ более 200 мс
- Б) постепенное удлинение PQ с последующим выпадением QRS
- В) независимые сокращения предсердий и желудочков
- Г) выпадение QRS без постепенного удлинения PQ

67. ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА P-Q, РАВНОГО 0,26 С, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО БЛОКАДЫ

- А) атриовентрикулярного проведения 1-й степени
- Б) атриовентрикулярного проведения 2-й степени
- В) атриовентрикулярного проведения 3-й степени
- Г) синоатриального проведения

68. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) постепенным удлинением PQ с периодическим выпадением QRS
- Б) редким правильным ритмом
- В) периодическим выпадением P и QRS
- Г) постоянным интервалом PQ с периодическим выпадением QRS

69. ЭКГ- КРИТЕРИЙ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

- А) резкое отклонение электрической оси влево
- Б) деформация комплекса QRS
- В) расширение комплекса QRS $> 0,10''$
- Г) изменение конечной части желудочкового комплекса

70. ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- А) атриовентрикулярной блокаде

- Б) фибрилляции желудочков
- В) фибрилляции предсердий
- Г) желудочковой экстрасистолии

71. ПРАВИЛЬНЫЙ РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВ С ЧСС 40 В МИН., ПРАВИЛЬНЫЙ РИТМ ПРЕДСЕРДИЙ С ЧСС 88 В МИН. И РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВ НЕЗАВИСИМ ОТ РИТМА ПРЕДСЕРДИЙ. НА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- А) атриовентрикулярной блокады III степени
- Б) атриовентрикулярной блокады I степени
- В) атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I
- Г) атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц II

72. ПОСТОЯННЫЙ ИНТЕРВАЛ PQ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 0,26 С, РАВНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ RR И ЗУБЕЦ P, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ КАЖДОМУ КОМПЛЕКСУ QRS, ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- А) атриовентрикулярной блокады I степени
- Б) остановки синусового узла
- В) атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I
- Г) трепетания предсердий правильной формы

73. НА ЭКГ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ПАУЗЫ, В КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ВОЛНЫ P И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМИ КОМПЛЕКСЫ QRST. УДЛИНЕННЫЙ ИНТЕРВАЛ RR РАВЕН УДВОЕННОМУ ОСНОВАНИЮ ИНТЕРВАЛА RR. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ.

- А) синоаурикулярная блокада без периодов Самойлова-Венкебаха
- Б) синоаурикулярная блокада с периодами Самойлова-Венкебаха
- В) синдром Вольфа-Паркинсон-Уайта
- Г) АВ блокада типа Мобитц-I

74. ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ИМПУЛЬС ПОДВЕРГАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКЕ В:

- А) АВ-соединении
- Б) межузловых трактах
- В) ножках пучка Гиса
- Г) синусовом узле

75. НА ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ БОЛЬШЕ 0,20 С. ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) атриовентрикулярной блокады I степени
- Б) полной атриовентрикулярной блокады
- В) атриовентрикулярной блокады II степени
- Г) блокады ножек пучка Гиса

76. НА ЭКГ КОМПЛЕКСЫ QRS НЕ ИЗМЕНЕНЫ, ИНТЕРВАЛЫ P-R ОДИНАКОВЫЕ И СОСТАВЛЯЮТ 0,38 СЕКУНД. ВАШЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ЭКГ

- А) АВ блокада I степени
- Б) синоаурикулярная блокада с периодами Самойлова-Венкебаха
- В) синоаурикулярная блокада без периодов Самойлова-Венкебаха
- Г) АВ блокада типа Мобитц-I

77. ТИП МОБИТЦ I ОТНОСИТСЯ К АВ- БЛОКАДЕ

- А) II степени
- Б) I степени
- В) III степени
- Г) правильного ответа нет

78. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ

- А) регистрируется замедление предсердно-желудочковой проводимости, что на ЭКГ проявляется постоянным удлинением интервала PQ(R))
- Б) выпадение отдельных желудочковых сокращений не сопровождается постепенным удлинением интервала PQ(R)
- В) наблюдается постепенное, от одного комплекса к другому, замедление проводимости по АВ-узлу вплоть до полной задержки одного электрического импульса
- Г) наблюдаются периоды Самойлова - Венкебаха.

79. ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ФОРМЫ БЛОКАДЫ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ PQ ПРОИСХОДИТ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ЗА СЧЕТ

- А) удлинения сегмента PQ
- Б) удлинения интервала PQ
- В) увеличения зубца Q
- Г) увеличения зубца P

80. ПЕРИОДЫ ПОСТЕПЕННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ(R) С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПАДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА НАЗЫВАЮТСЯ

- А) периодами Самойлова — Венкебаха
- Б) Мобитц III
- В) признаком Соколова-Лайона
- Г) синдромом WPW

81. АВ-БЛОКАДА I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) замедлением предсердножелудочковой проводимости
- Б) постепенным удлинением сегмента PQ
- В) постепенным удлинением интервала PQ
- Г) периодически возникающим прекращением проведения отдельных электрических импульсов

82. ПРИ I ТИПЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ

- А) наблюдается постепенное, от одного комплекса к другому, замедление проводимости по АВ- узлу вплоть до полной задержки одного электрического импульса
- Б) выпадение отдельных желудочковых сокращений не сопровождается постепенным удлинением интервала PQ(R)
- В) характеризуется замедлением предсердно-желудочковой проводимости, что на ЭКГ проявляется постоянным удлинением интервала PQ(R)
- Г) наблюдается асистолия желудочков в течение 10—20 сек

83. СИНДРОМ МОРГАНЬИ-АДАМСА–СТОКСА

- А) сопровождается нарушением ритма с резким снижением сократительной способности сердца, потерей сознания, развитием судорожного синдрома
- Б) обусловлен повышением минутного объема крови
- В) характеризуется пароксизмальным включением проксимального эктопического водителя ритма желудочков
- Г) устанавливается только на основании данных ЭКГ

Обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Перечислите лекарственные препараты, применяемые для профилактики ВСС, показания к их применению и противопоказания.
2. Перечислите устройства и инвазивные вмешательства, применяемые для профилактики ВСС, показания к их применению.
3. Составьте алгоритм действий при сердечно-легочной реанимации в случае фибрилляции желудочков/желудочковой тахикардии.
4. Составьте алгоритм действий при сердечно-легочной реанимации в случае асистолии/электро-механической диссоциации.
5. Определение и классификация нарушений проведения импульса по сердцу.
6. ЭКГ-критерии и терапевтическая тактика при выявлении атриовентрикулярной блокады.
7. Классификация атриовентрикулярных блокад.
8. ЭКГ-критерии и терапевтическая тактика при выявлении атриовентрикулярной блокады.
9. Патогенез приступов Морганьи-Адамса-Стокса, клиническая картина, неотложная помощь и дальнейшая терапевтическая тактика.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 30 мин,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс-задачи:

Задача №1.

Пациент 54 лет, ранее никогда к кардиологу не обращался. ЭКГ не регистрировалась, эпизодически отмечал повышение АД до 140-150/90-96 мм рт. ст. На фоне стресса почувствовал резкую нехватку воздуха в маршрутном такси, чувство давления за грудиной. Через 10 минут внезапно потерял сознание, перестал дышать. Пассажиры маршрутного такси остановили транспорт,

вызвали СМП, объяснив диспетчеру ситуацию, и стали ждать СМП.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Прогноз в данном клиническом случае?
3. Какие допущены ошибки?
4. Каков порядок оказания СЛР?

Задача №2.

Больной 67 лет, находившийся в терапевтическом отделении по поводу ишемической болезнью сердца: прогрессирующей стенокардии напряжения, внезапно потерял сознание. Из анамнеза: более 20 лет страдает ишемической болезнью сердца, последние 7 лет на ЭКГ отмечается удлинение интервала PQ до 0,24. Постоянно принимает метопролол, эналаприл, аспирин. Ухудшение самочувствия около 2 недель, когда начал отмечать усиление болей за грудиной, снижение эффективности нитратов. На ЭКГ – отмечалось периодическое выпадение комплексов QRS, в связи с чем был отменен метопролол. На момент осмотра: больной в сознании, жалуется на резкую слабость, головокружение. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ЧСС – 36 в 1 мин., АД – 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Акцент II тона на легочной артерии

На ЭКГ – атриовентрикулярная диссоциация, ЧСС – 38 в 1 мин., комплекс QRS уширен.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите необходимые методы диагностики.
3. С какими состояниями и заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Какие методы лечения необходимы?
5. Вторичная профилактика при благоприятном прогнозе.

Задача №3.

Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, перебои в работе сердца, ощущение его

замирания и остановки, чувство нехватки воздуха при подъеме на 1 лестничный пролет, давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом Нитроглицерина через 1-2 мин; кратковременные эпизоды потери сознания.

Из анамнеза: четыре года назад перенес инфаркт миокарда. Через год стали появляться ангинозные боли при обычной физической нагрузке. Неделю назад ощутил перебои в работе сердца, инспираторную одышку, отметил кратковременные эпизоды потери сознания, что и явилось причиной госпитализации. Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, отеков нет. В нижних отделах легких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 42 ударов в минуту, P_s - 42 в мин. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации.

Записана ЭКГ.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

Задача №4.

Пациент 54 лет, в течение 2-х последних лет страдает гипертонической болезнью. 2 дня назад госпитализирован по поводу Q-инфаркта миокарда (длительность болевого синдрома на момент госпитализации 2 часа). В течение первых суток госпитализации у пациента развилась полная атриовентрикулярная блокада с потерей сознания.

Вопросы:

1. Назовите ЭКГ-критерии полной атриовентрикулярной блокады.
2. Прогноз в отношении данного случая атриовентрикулярной блокады?
3. Врачебная тактика в отношении атриовентрикулярной блокады у данного пациента?

4. Как (по авторам) называется эпизод потери сознания в данном клиническом случае?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VIII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная литература:

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.

2. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
3. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
4. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрикатору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
4. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>.

Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
- СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы.

1. Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru/>;
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru/>;

3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru>;
4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - <http://www.viniti.ru/>;
5. Кокрановская библиотека
<https://www.cochranelibrary.com/>;
6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and Social Work -
<http://site.ebrary.com/lib/rzgm/>;
7. Библиографическая и реферативная база данных Scopus - www.scopus.com.

Тема занятия: ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ИНФАРКТ МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Цель занятия: изучить клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 4

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

ПК-1: Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Расчет учебного времени.

- I. Вводная часть - 20 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.**

Программированный контроль:

1. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ЭТО -

А) Диагноз, обозначающий, что у пациента возможно развитие инфаркта миокарда

Б) Заболевание, при котором имеются симптомы, подозрительные на инфаркт миокарда

В) Состояние, объединяющее группу клинических признаков и симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию.

Г) Любое состояние, при котором у пациента имеются боли в груди

2. ВАЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ОТНОСИТЕЛЬНО ИЗОЛИНИИ У ПАЦИЕНТА С БОЛЯМИ В ГРУДИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ:

А) При наличии подъема сегмента ST на ЭКГ показана госпитализация

Б) При наличии подъема сегмента ST на ЭКГ необходимо рассмотреть возможность проведения экстренной коронарной реперфузии

В) При наличии подъема сегмента ST у пациента скорее всего разовьется инфаркт миокарда

Г) При наличии подъема сегмента ST пациент имеет плохой прогноз

3. КАКОЕ ВРЕМЯ ДОЛЖЕН СОХРАНЯТЬСЯ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST, ЧТОБЫ СЧИТАТЬ ЕГО СТОЙКИМ?

А) 10 мин

Б) 15 мин

В) 20 мин

Г) 25 мин

4. НАЛИЧИЕ КАКИХ ПРИЗНАКОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ИМПСТ?

А) Ангинозный приступ или его эквивалент

Б) Подъем сегмента ST, сохраняющийся более 20 мин или «свежая» ПБЛПГ

В) Повышение уровня биомаркеров некроза миокарда

Г) Правильно б,в

5. БЕЗ КАКОГО ПРИЗНАКА НЕВОЗМОЖНА ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА

А) ЭКГ

Б) Ангинозные боли

В) Повышение уровня биомаркеров некроза миокарда

Г) Все вышеперечисленное

6. КАКИМ ТЕРМИНОМ НЕОБХОДИМО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОБОЗНАЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПРИВЕДШЕГО К ОБРАЗОВАНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q НА ЭКГ

- А) Q-инфаркт миокарда
- Б) Крупноочаговый инфаркт миокарда
- В) Q-инфаркт миокарда, крупноочаговый инфаркт миокарда равнозначные термины, можно использовать любой
- Г) Инфаркт миокарда с зубцом Q

7. РАВНОЗНАЧНЫ ЛИ ТЕРМИНЫ «КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА» И «Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА»

- А) Равнозначны, и в первом и во втором случае образуется патологический зубец Q и имеется большая зона некроза
- Б) Неравнозначны, так как не всегда при наличии патологического зубца Q на ЭКГ зона некроза является обширной.
- В) Оба ответа неправильные

8. КАКИМ ТЕРМИНОМ ОБОЗНАЧАЮТ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ СТОЙКИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST, НЕ ПРИВЕДШИЙ К ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ БИОМАРКЕРОВ НЕКРОЗА МИОКАРДА ВСЛЕДСТВИЕ УСПЕШНО ПРОВЕДЕННОЙ КРОНАРНОЙ РЕПЕРФУЗИИ?

- А) Несостоявшийся инфаркт миокарда
- Б) Прерванный инфаркт миокарда
- В) Прогрессирующая стенокардия
- Г) Стенокардия Принцметала

9. В ПАТОГЕНЕЗЕ ИМПСТ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ

- А) Тромбоз коронарной артерии
- Б) Изъязвление или разрыв атеросклеротической бляшки
- В) Спазм коронарной артерии в месте тромбоза
- Г) Все вышеперечисленные

10. КАКОВА САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ИМПСТ?

- А) Тромбоз коронарной артерии в месте нестабильной атеросклеротической бляшки

Б) Повышение потребности миокарда в кислороде вследствие внесердечных причин

В) Тромбоз стента

Г) Коронарное шунтирование

11. САМЫМ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

А) Ангинозный

Б) Гастралгический

В) Астматический

Г) Бессимптомный

12. ЧЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ИМПСТ?

А) Брадиаритмией и приступом Морганьи-Эдамса-Стокса

Б) Тахиаритмией

В) Приемом большой дозы нитратов короткого действия с последующим коллапсом

Г) Всем, перечисленным выше

13. КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ДАВНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЕКУЩЕГО АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ПРИ НАЛИЧИИ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ?

А) Определение показаний к госпитализации

Б) Определение показаний к коронарной реперфузии

В) Определение прогноза

Г) Все, вышеперечисленное, верно

14. КАКОЙ ПРИЗНАК, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СНИЖЕНИИ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА?

А) Ослабление I тона

Б) Акцент II тона в проекции аорты

В) Систолический шум в проекции митрального клапана

Г) Акцент II тона в проекции легочной артерии

15. ПРИЧИНОЙ ЛЕЙКОЦИТОЗА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИМПСТ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Тромбэндокардит

Б) Тромбофлебит

В) Резорбционно-некротический синдром

Г) Пневмония

16. АМПЛИТУДА ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ИЗМЕРЯЕТСЯ МЕЖДУ СЛЕДУЮЩИМИ ОРИЕНТИРАМИ:

- А) Точной J и изолинией
- Б) Серединой сегмента ST и изолинией
- В) Восходящим коленом зубца T и изолинией
- Г) Верхушкой зубца T и изолинией

17. КАКОЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ

- А) $\geq 0,1$ мВ
- Б) $\geq 0,2$ мВ у мужчин моложе 40 лет, или $\geq 0,15$ мВ у женщин в отведениях V2-V3, и/или $\geq 0,1$ мВ в других отведениях
- В) $\geq 0,2$ мВ
- Г) $\geq 0,15$ мВ

18. В КАКОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМА ЗАПИСЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОТВЕДЕНИЙ V3R, V4R?

- А) Всегда при записи ЭКГ
- Б) При наличии депрессии сегмента ST V1-3
- В) При наличии подъема сегмента ST II, III, aVF
- Г) При наличии подъема сегмента ST V1-3

19. «СВЕЖАЯ», ИЛИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО «СВЕЖАЯ» БЛНПГ ПРИ НАЛИЧИИ АНГИНОЗНЫХ БОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЭКВИВАЛЕНТОМ

- А) ИМпST
- Б) ОКСбпST
- В) Нестабильной стенокардии
- Г) Стенокардии напряжения

20. В КАКОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМА ЗАПИСЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОТВЕДЕНИЙ V7-9?

- А) Всегда при записи ЭКГ
- Б) При наличии депрессии сегмента ST V1-3
- В) При наличии подъема сегмента ST II, III, aVF
- Г) При наличии подъема сегмента ST V1-3

21. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ЗАДНЕГО ИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Патологический зубец Q V7-9
- Б) Депрессия сегмента ST V1-3
- В) Подъем сегмента ST II, III, aVF
- Г) Подъем сегмента ST V1-3

22. ПРИ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ТИПИЧНО:

- А) Подъем сегмента ST в отведении aVR
- Б) Депрессия сегмента ST V2-5
- В) Подъем сегмента ST II, III, aVF
- Г) Подъем сегмента ST V1-3

23. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ БИОМАРКЕРЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА

- А) КФК-МВ, сердечные тропонины
- Б) ЛДГ
- В) АСТ
- Г) Миоглобин

24. ПОВЫШЕНИЯ КАКОГО БИОМАРКЕРА НЕКРОЗА МИОКАРДА СОХРАНЯЕТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЕЕ 7 ДНЕЙ?

- А) КФК-МВ
- Б) Тропонин I

25. УРОВЕНЬ КАКОГО БИОМАРКЕРА НЕКРОЗА МИОКАРДА НОРМАЛИЗУЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 2-3 СУТ?

- А) КФК-МВ
- Б) Тропонин I

26. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ИМПСТ?

- А) ТЭЛА
- Б) Расслаивающая аневризма аорты
- В) Перикардит
- Г) Со всеми перечисленными

27. КАКОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИМПСТ?

- А) Ибупрофен
- Б) Морфин
- В) Трамадол
- Г) Любой из перечисленных

28. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ АНАЛЬГЕТИКОВ ПРИ ИМПСТ

- А) Пероральный

- Б) Ингаляционный
- В) Внутривенный
- Г) Внутрикостный

29. ВРЕМЯ С МОМЕНТА НАЧАЛА АНГИНОЗНЫХ БОЛЕЙ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ ТЛТ

- А) 12 часов
- Б) 10 часов
- В) 8 часов
- Г) 24 часа

30. КАКОЙ МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРНОЙ РЕПЕРФУЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ?

- А) ЧКВ
- Б) ТЛТ

31. В КАКОМ СЛУЧАЕ ИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ РЕПЕРФУЗИИ (ЧКВ) ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ?

- А) Если возможно проведение процедуры в течение 120 мин с момента первого медицинского контакта
- Б) Во всех случаях
- В) Если возможно проведение процедуры в течение 180 минут с момента первого медицинского контакта
- Г) Если возможно проведение процедуры в течение 4 часов с момента первого медицинского контакта

32. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ЧКВ НЕВОЗМОЖНО ВЫПОЛНИТЬ В ТЕЧЕНИЕ 120 МИНУТ С МОМЕНТА ПЕРВОГО МЕДИЦИНСКОГО КОНТАКТА, ТЛТ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, ДОЛЖНА БЫТЬ НАЧАТА В ТЕЧЕНИЕ:

- А) 30 мин
- Б) 35 мин
- В) 40 мин
- Г) 45 мин

33. КАКОЙ ТРОМБОЛИТИК ВВОДИТСЯ ОДНОКРАТНЫМ БОЛЮСОМ?

- А) Альтеплаза
- Б) Тенектеплаза
- В) Ретеплаза
- Г) Стрептокиназа

34. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТЛТ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Геморрагический инсульт в анамнезе
- Б) Плохо контролируемая артериальная гипертензия в анамнезе
- В) Недавнее внутреннее кровотечение
- Г) Обострение язвенной болезни

35. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЧКВ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ:

- А) Ацетилсалициловая кислота + блокатор P2Y12 рецепторов тромбоцитов
- Б) Эноксапарин
- В) Фондапаринукс
- Г) Бивалирудин

36. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЛТ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ:

- А) Ацетилсалициловая кислота + блокатор P2Y12 рецепторов тромбоцитов
- Б) Эноксапарин
- В) Фондапаринукс
- Г) Бивалирудин

37. В СЛУЧАЕ УСПЕШНОЙ ТЛТ ПРИ ИМПСТ КОРОНАРОНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА В ТЕЧЕНИЕ

- А) 3-24 ч.
- Б) 24-48 ч.
- В) 24-72 ч.
- Г) В любое время после ТЛТ

38. МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ИМПСТ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 12 мес.
- Б) 6 мес.
- В) 3 мес.
- Г) 1 мес.

39. ПРИ РАЗВИТИИ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ОПТИМАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) норэпинефрин
- Б) добутамин

В) дофамин

Г) ЧКВ

40. ПРИ КЛИНИКЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА И ТАХИАРИТМИИ ПОКАЗАНО:

А) Назначение амиодарона

Б) Назначение бета-адреноблокаторов

В) Назначение норэпинефрина

Г) Проведение электрической кардиоверсии

41. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ИМПСТ И СИМПТОМНОЙ БРАДИАРИТМИИ, ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ:

А) Временной ЭКС

Б) Назначение атропина

В) Назначение дофамина

Г) Правильно А и Б

42. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

А) Происходит снижение АД

Б) Противопоказан нитроглицерин

В) Необходима инфузионная терапия

Г) Все перечисленное

Вопросы для обсуждения:

1. Зачем был предложен термин «острый коронарный синдром»?

2. Каков механизм развития острого коронарного синдрома?

3. Опишите клинические проявления острого коронарного синдрома.

4. На какие особенности необходимо обратить при сборе анамнеза у пациента с подозрением на острый коронарный синдром?

5. Какой алгоритм анализа ЭКГ является наиболее рациональным?

6. Какой подъем сегмента ST является диагностически значимым?

7. Какие, помимо повреждения миокарда, состояния приводят к подъему сегмента ST?

8. Полная блокада левой ножки пучка Гиса и ее влияние на тактику при оказании помощи пациенту с острым коронарным синдромом.

9. Опишите критерии диагностики инфаркта миокарда?

10. Назовите факторы риска, учитываемые при определении показаний к ЧКВ при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST.

11. Опишите тактику оказания первой помощи пациенту с подозрением на ОКС на догоспитальном этапе.

12. Показания и противопоказания к тромболитической терапии.

13. Тромболитические препараты, применяемые при остром коронарном синдроме, дозы и способы применения.

14. Купирование болевого синдрома при остром коронарном синдроме.

15. Особенности антитромботической терапии при остром коронарном синдроме при проведении чрескожного коронарного вмешательства и без такового.

16. Применение лекарственных препаратов, влияющих на прогноз при остром коронарном синдроме.

IV. Клиническая работа: курация больных – 1 час 00 мин;

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс-задачи:

Задача №1.

Пациент 57 лет, мужчина, вызвал скорую медицинскую помощь. Жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 5 лет. Ухудшение состояния в течение 2 часов, когда возникла вышеописанная симптоматика. Никакие лекарственные препараты не принимал. Курит 1 пачку сигарет в день в течение 30 лет. Наследственность не отягощена. При объективном обследовании патологии не выявлено. АД 144/96 мм рт. ст., ЧСС 88 в мин. Ритм правильный. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST

в отведениях II, III, aVF. Установлен диагноз ОКСпST. Какова тактика врача скорой помощи?

А. Провести обезболивание метамизолом натрия, назначить АСК 250 мг, доставить в стационар.

Б. Назначить: морфин внутривенно дробно, АСК 250 мг внутрь, ввести эноксапарин 0,3 мг в/в, клопидогрел 300 мг внутрь, наладить мониторинговое наблюдение, доставить в стационар.

В. Назначить: морфин в/в дробно, АСК 250 мг внутрь, эноксапарин 0,3 мг в/в, тикагрелор 180 мг внутрь, ввести тенектеплазу, наладить мониторинговое наблюдение, доставить в стационар, где через 2 часа может быть проведено ЧКВ.

Г. Варианты б, с, в зависимости от того, возможно ли провести ЧКВ в течение 2 часов с момента первого контакта, или нет.

Задача №2.

Пациентка К., 89 лет, женщина, доставлена в приемный покой кардиологического центра, где имеется ангиорентгенохирургическое отделение, с жалобами на дискомфорт в грудной клетке. В анамнезе артериальная гипертония в течение 20 лет. В течение последних 15 лет отмечает загрудинные боли при физической нагрузке. 3 года назад перенесла Q-ИМ передней локализации. Ухудшение состояния в течение 10 часов, когда появились интенсивные давящие, сжимающие загрудинные боли. Самостоятельно использовала 3 дозы нитроглицерина под язык, без эффекта. Вызвала скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм, полная блокада левой ножки пучка Гиса. Назначен морфин в/в, ацетилсалициловая кислота 250 мг, клопидогрел 75 мг. При объективном обследовании состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в мин, АД 102/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Анализ крови на тропонин 0,2 нг/мл (верхняя граница нормы 0,02 нг/мл).

1. Какое состояние привело к госпитализации?

- А. ИБС: прогрессирующая стенокардия.
 - Б. ИБС: инфаркт миокарда.
 - В. ИМпST, полная блокада левой ножки п. Гиса.
2. Какой метод коронарной реперфузии будет предпочтительным?
- А. Тромболизис
 - Б. Первичное ЧКВ
 - В. Тромболизис с последующим ЧКВ
 - Г. Любой вариант возможен.
3. Какой лекарственный препарат предпочтителен для обезболивания у этой пациентки?
- А. Морфин
 - Б. Кеторол
 - В. Промедол
 - Г. Фентанил
4. Какой препарат был показан, но не был назначен врачами скорой помощи?
- А. Эноксапарин
 - Б. Бивалирудин
 - В. Эптифибатид
 - Г. Прасугрел

Задача №3.

Пациент У., мужчина, 48 лет, находится на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии с диагнозом ИБС: острый Q-инфаркт миокарда передней стенки. Стентирование передней межжелудочковой артерии. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск 4. Давность ИМ 2 сут. Стентирование выполнено сразу при поступлении в стационар, без технических сложностей. Пациенту назначено: АСК 125 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, эноксапарин 0,8 мл 2 р/сут, аторвастатин 80 мг/сут, валсартан 80 мг/сут, метопролол 50 мг/сут. У пациента возникли интенсивные загрудинные боли, резкая общая слабость. При объективном обследовании в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 134/80 мм рт. ст., ЧСС 88 в мин, ритм правильный. На ЭКГ в динамике по сравнению с сутками ранее зарегистрирован подъем сегмента ST в отведениях V1-4. Какова дальнейшая тактика?

- А. Обезболивание морфином, продолжение консервативного лечения.
- Б. Проведение ТЛТ
- В. Проведение экстренной коронарографии.
- Г. Обезболивание морфином, проведение экстренной коронарографии.

Задача №4.

Пациент К., 23 лет, мужчина, доставлен в отделение неотложной кардиологии реанимационной бригадой скорой помощи с жалобами на очень интенсивные раздирающие боли за грудиной с иррадиацией в позвоночник, обе руки. Никогда ничем не болел, никакие лекарственные препараты не принимал. Внезапно, около 2 часов назад, ощутил вышеописанную симптоматику. Бригадой скорой помощи записывалась ЭКГ – синусовый ритм. Нормальное положение электрической оси сердца. На догоспитальном этапе назначено: морфин в/в, нитроглицерин в/в, аспирин 250 мг разжевать, клопидогрел 300 мг разжевать, эноксапарин 0,3 мл в/в. С подозрением на острый коронарный синдром доставлен в стационар. Состояние средней тяжести. Рост 190 см, вес 76 кг. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, без хрипов. При аускультации сердца выслушивается диастолический шум над аортой. ЧСС 99 в мин. АД на правом плече 130/80 мм рт. ст., на левом – 60/20 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. ЭКГ без динамики по сравнению с записанной на догоспитальном этапе.

1. Чем, скорее всего, можно объяснить отсутствие патологических изменений на ЭКГ у данного пациента с интенсивными загрудинными болями?

А. Прошло немного времени, необходимо проанализировать ЭКГ в динамике

Б. Изменения на ЭКГ не всегда регистрируются при остром коронарном синдроме.

В. Это, возможно, не острый коронарный синдром, необходимо исключить другое заболевание, проявляющееся загрудинными болями.

Г. Все варианты верны.

2. Правильная ли оказана помощь на догоспитальном этапе?

А. Да, у пациента вероятен острый коронарный синдром, антикоагулянты и антиагреганты улучшают прогноз.

Б. Да, всем пациентам с болями за грудиной необходимо обезбоживание, антитромботическое лечение.

В. Нет, у пациента есть клинические признаки заболевания, отличного от острого коронарного синдрома, необходимо воздержаться от назначения антитромботического лечения.

Г. Нет, у пациента, учитывая молодой возраст, не может быть тяжелого заболевания, госпитализация не показана.

3. Какое заболевание наиболее вероятно у этого пациента?

А. Острый коронарный синдром

Б. Расслаивающая аневризма аорты

В. Тромбоэмболия легочной артерии

Г. Межреберная невралгия

4. Какова правильная тактика врача стационара в данном случае?

А. Обезбоживание морфином, продолжить ДАТ, антикоагулянты, анализ ЭКГ в динамике, анализ биомаркеров некроза миокарда.

Б. Обезбоживание морфином, анализ биомаркеров некроза миокарда, показателей красной крови в динамике, проведение рентгенографии грудной клетки, ЭхоКГ, мультиспиральной компьютерной **томографии с контрастированием.**

В. Обезбоживание морфином, рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, при отсутствии патологических изменений – назначение антитромботической терапии.

Г. Обезбоживание морфином, антиагреганты, анализ ЭКГ в динамике.

Задача №5.

Пациентка С., 45 лет, вызвала бригаду скорой помощи. Жалобы на сдавление за грудиной, выраженную одышку. 3 недели назад – закрытый перелом костей нижней трети правой

голени со смещением, по поводу чего был выполнен остеосинтез пластинами, наложен гипс. Месячные регулярные. Курит 1 пачку сигарет в день в течение 25 лет. Одышка появилась внезапно, около 1 часа назад, сопровождалась загрудинными болями. Состояние средней тяжести. Положение активное. Кожные покровы обычной окраски. Набухание вен шеи. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие свистящие хрипы. ЧДД 38 в мин. I тон на верхушке ясный, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 120 в мин. АД 84/58 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Левая нижняя конечность без особенностей. На правой – гипс до коленного сустава. Записана ЭКГ: синусовая тахикардия. Полная блокада правой ножки п. Гиса.

1. Каково наиболее вероятное заболевание, обуславливающее тяжесть состояния данной пациентки?

А. ТЭЛА

Б. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST

В. Хроническая обструктивная болезнь легких, обострение

Г. Острый невроз.

2. Каков механизм загрудинных болей у этой пациентки?

А. Тромбоз коронарных артерий

Б. Повышение потребности миокарда правого желудочка в кислороде

В. Перикардит

Г. Атеросклероз коронарных артерий

Задача №6.

Пациент М., 59 лет, госпитализирован в блок интенсивной терапии с жалобами на интенсивные загрудинные боли с иррадиацией в обе руки, нижнюю челюсть. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет отмечает повышение АД до 160/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. В течение последнего месяца периодически испытывал «изжогу». Сегодня, 14 часов назад, отметил вышеописанные симптомы. Принимал пищевую соду, без эффекта. Вызвал бригаду скорой помощи. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм. Подъем сегмента ST в отведениях I, aVL, V1-6, патологический зубец Q в отведениях

V1-6. Назначено: морфин в/в, АСК 250 мг внутрь, клопидогрел 300 мг внутрь. При объективном обследовании состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. I тон на верхушке ослаблен, ритм сердца правильный, ЧСС 80 в мин. АД 70/40 мм рт. ст. на обеих руках. Какова тактика врача БРИТ?

- А. Обезболивание, ГЛТ
- Б. Обезболивание, инфузионная терапия, при сохраняющейся гипотонии – вазопрессоры, продолжить антитромботическую терапию
- В. Обезболивание, инфузионная терапия, первичное ЧКВ
- Г. Обезболивание, инфузионная терапия, при сохраняющейся гипотонии – вазопрессоры, продолжить антитромботическую терапию, первичное ЧКВ

Задача №7.

Пациент В., 63 лет, находится в блоке интенсивной терапии в течение 4 часов с верифицированным диагнозом острый Q-ИМ нижней стенки левого желудочка. Гемодинамика сохранялась стабильной. Проводилось лечение: АСК 125 мг/сут, тикагрелор 180 мг/сут, аторвастатин 80 мг/сут. Внезапно появились жалобы на резкую общую слабость, головокружение, имела место потеря сознания продолжительностью несколько секунд, во время которой на ЭКГ-мониторе зарегистрирован ритм с частотой 38 в мин, узкими комплексами QRS. В настоящий момент ЧСС 44 в мин, АД 122/78 мм рт. ст. На ЭКГ АВ-диссоциация, замещающий ритм из АВ-узла с частотой 41 в мин. Какова тактика врача блока интенсивной терапии?

- А. назначить эуфиллин
- Б. назначить атропин
- В. назначить атропин, при неэффективности наладить временную электрокардиостимуляцию.
- Г. данное состояние никакого лечения не требует.

Задача №8.

Пациентка Ф., 71 года, находится на лечение в отделении неотложной кардиологии в течение 9 дней по поводу Q-ИМ передней локализации, осложнившимся аневризмой левого

желудочка. Реперфузионное лечение не проводилось. При проведении ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка 35%. Состояние пациентки сохранялось стабильным. Во время прогулки по коридору пациентка упала, потеряла сознание. Зарегистрирована фибрилляция желудочков. Реанимационные мероприятия оказались успешными. Пациентка переведена в блок интенсивной терапии. В динамике зарегистрировано увеличение выраженности подъема сегмента ST в отведениях V3-6. Какова тактика дальнейшего лечения?

- А. Продолжить лечение кордароном, бета-блокаторами
- Б. Провести ЧКВ
- В. Продолжить лечение бета-блокаторами, провести ЧКВ
- Г. Провести ЧКВ, продолжить лечение бета-блокаторами, через 40 дней решить вопрос о постановке кардиовертера-дефибриллятора.

Задача №9.

Пациент М., 59 лет, обратился к участковому кардиологу для продления листка нетрудоспособности. Накануне был выписан из отделения неотложной кардиологии, где находился с диагнозом: ИБС: острый передний Q-ИМ. Стентирование ПМЖА. ПБЛПНГ. ХСН III ФК (NYHA). Предъявляет жалобы на одышку при ходьбе до 50 метров, в покое в положении лежа. Одышка купируется в положении сидя. При осмотре обращают на себя внимание умеренно выраженные отеки нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. I тон на верхушке ослаблен. ЧСС 88 в мин, АД 118/76 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Получает в течение последних 10 дней лечение: АСК 125 мг/сут, тикагрелор 180 мг/сут, аторвастатин 80 мг/сут., метопролола сукцинат 50 мг/сут., зофеноприл 60 мг/сут, эплеренон 50 мг/сут, торасемид 10 мг/сут. Зарегистрирована ЭКГ: синусовый ритм. ПБЛНПГ. Проведена ЭхоКГ: дилатация левого предсердия, левого желудочка. Фракция выброса левого желудочка 35%. Какова тактика врача-кардиолога?

- А. Увеличить дозу торасемида до 20 мг под контролем диуреза, АД и массы тела.

Б. Увеличить дозу метопролола сукцината до 100 мг/сут под контролем АД и ЧСС.

В. Назначить фуросемид в/в 20 мг в течение 2 дней в неделю

Г. Рассмотреть вопрос о возможности проведения кардиоресинхронизирующей терапии с функцией кардиовертера-дефибриллятора, постепенно наращивать дозы торасемида, метопролола сукцината.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.

5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета

3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрикатору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

4. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>.

Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
- СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru/>;
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru/>;
3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru/>;
4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - <http://www.viniti.ru/>;
5. Кокрановская библиотека
<https://www.cochranelibrary.com/>;
6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and Social Work - [http://site.ebrary.com/lib/rzgmu/](http://site.ebrary.com/lib/rzgmu;);
7. Библиографическая и реферативная база данных Scopus - www.scopus.com

Тема занятия: НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА, ЛЕЧЕНИЕ

Цель занятия: изучить клинику, симптоматиологию, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения, стратификацию риска при наджелудочковых тахикардиях

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 4

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

ПК-1: Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 5 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала (контроль теоретической подготовки студентов) - 25 мин:**

Программированный контроль:

1. ТИПИЧНЫМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ПРЕДСЕРДНОЙ АВТОМАТИЧЕСКОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) отсутствие зубца р

Б) наличие зубца р на перед каждым комплексом QRS

- В) волны f
- Г) неправильный желудочковый ритм

2. ТИПИЧНЫМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ПРЕДСЕРДНОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) наличие предсердной экстрасистолы перед тахикардией
- Б) отсутствие зубца р на ЭКГ
- В) волны f
- Г) неправильный желудочковый ритм

3. ВАГУСНЫЕ ПРОБЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ:

- А) пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии
- Б) фибрилляции предсердий
- В) пароксизмальной желудочковой тахикардии
- Г) частой желудочковой экстрасистолии

4. ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ КЛЮЧЕВЫМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) пилообразная кривая с отсутствием изолинии
- Б) правильный желудочковый ритм
- В) наличие множественных зубцов р
- Г) узкие комплексы QRS

5. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОСНОВНАЯ ОПАСНОСТЬ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ:

- А) в случае развития фибрилляции предсердий есть опасность возникновения фибрилляции желудочков и остановки кровообращения
- Б) АВ реципрокная тахикардия как правило имеет высокую частоту деполяризаций желудочков
- В) повышен риск тромбоэмболических осложнений
- Г) отсутствие полноценных сокращений предсердий снижает глобальную сократимость сердца

6. ВАГУСНЫЕ ПРОБЫ МОГУТ БЫТЬ ЭФФЕКТИВНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ

- А) тахикардий, возникающих по механизму ре-ентри, в который вовлечен АВ-узел
- Б) фибрилляции предсердий
- В) трепетания предсердий
- Г) предсердных ре-ентри тахикардий

7. ВРЕД ПРЕДСЕРДНЫХ ТАХИКАРДИЙ КАК ПРАВИЛО ОБУСЛОВЛЕН:

- А) снижением качества жизни
- Б) тромбоэмболическими осложнениями
- В) развитием аритмического шока
- Г) развитием у всех пациентов хронической сердечной недостаточности

8. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ WPW?

- А) метопролол;
- Б) новокаинамид;
- В) амиодарон;
- Г) пропafenон.

9. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СИНДРОМЕ WPW НАИЛУЧШИМ СРЕДСТВОМ СЧИТАЕТСЯ:

- А) метопролол;
- Б) аденозин;
- В) верапамил;
- Г) амиодарон.

10. У ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ БЫЛ ВЫЯВЛЕН КОРОТКИЙ ЭПИЗОД ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ, НЕ СОПРОВОЖДАВШИЙСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ. КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА?

- А) лечение по поводу предсердной тахикардии не назначать;
- Б) назначить метопролол;
- В) назначить амиодарон;
- Г) назначить ацетилсалициловую кислоту для профилактики тромбоэмболических осложнений.

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышенный автоматизм
- Б) ре-ентри
- В) триггерная активность

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышенный автоматизм
- Б) ре-ентри
- В) триггерная активность

13. БЛАГОДАРЯ КАКОМУ ЭФФЕКТУ АДЕНОЗИН МОЖЕТ КУПИРОВАТЬ НАДЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ?

- А) аденозин, как энергетический субстрат, подавляет очаг автоматизма в предсердиях
- Б) аденозин стабилизирует клеточные мембраны проводящей системы сердца
- В) аденозин на очень короткий промежуток времени полностью блокирует проведение импульса в атриовентрикулярном узле

14. КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И АРИТМИЧЕСКОМ ШОКЕ?

- А) назначить верапамил внутривенно
- Б) назначить метопролол внутрь
- В) выполнить электрическую кардиоверсию под наркозом

15. ПРЕПАРАТЫ ИЗ КАКОЙ ГРУППЫ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПОДХОДЯТ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧСС ПРИ ПРЕДСЕРДНЫХ ТАХИКАРДИЯХ?

- А) бета-адреноблокаторы
- Б) недигидропиридиновые антагонисты кальция
- В) антиаритмические препараты IC класса

16. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВИЛЬНО ПРИ ОПИСАНИИ ЭФФЕКТОВ БОЛЬШИНСТВА АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ?

- А) улучшают сократимость
- Б) ухудшают проводимость
- В) улучшают прогноз

17. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ АМИОДАРОНА

- А) фотосенсибилизация
- Б) дисфункция щитовидной железы
- В) «амиодароновое легкое»

18. КАКОЙ ЭФФЕКТ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ ВВЕДЕНИИ АДЕНОЗИНА ПАЦИЕНТУ С ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ?

- А) восстановление синусового ритма
- Б) трансформация фибрилляции предсердий в трепетание предсердий
- В) кратковременное замедление атриовентрикулярного проведения

19. АНТИАРИТМИКИ КАКОГО КЛАССА МОГУТ УЛУЧШАТЬ ПРОГНОЗ?

- А) I
- Б) II
- В) IV

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРЕДСЕРДНЫХ ТАХИКАРДИЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ишемия миокарда
- Б) артериальная гипертензия
- В) перенесенный миокардит

Обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

Вопросы для обсуждения:

1. Классификация НЖТ
2. Этиология НЖТ
3. Механизмы развития НЖТ
4. ЭКГ признаки наджелудочковых тахикардий
5. Показания к катетерной аблации у пациентов с НЖТ
6. Показания к проведению электрофизиологических исследований
7. Показания к длительному мониторингу ЭКГ
8. Показания к медикаментозной терапии при НЖТ
9. Лечение НЖТ
10. Прогностическая значимость НЖТ

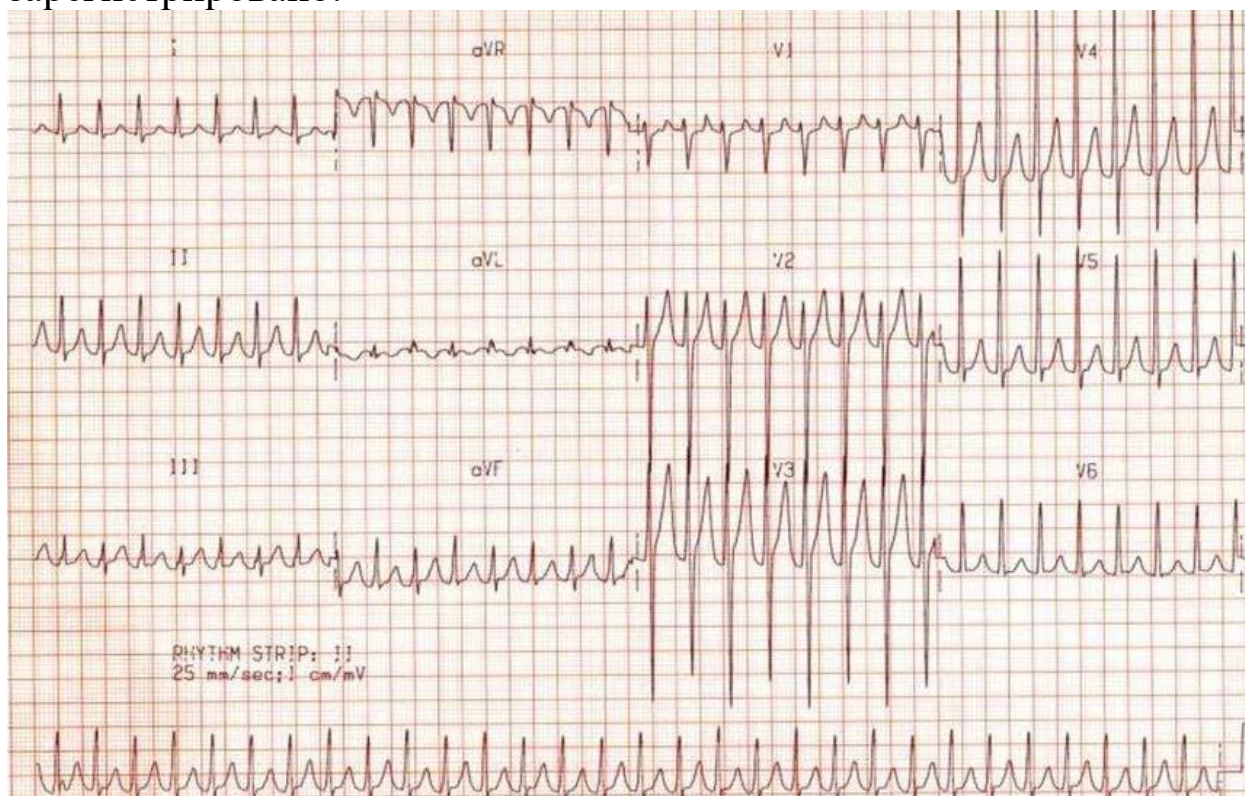
IV. Клиническая работа: курация больных - 40 мин,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 40 мин.

Кейс-задачи:

Задача №1.

Мужчина 17 лет, вызвал скорую медицинскую помощь. Жалобы на выраженное сердцебиение, головокружение. Данное состояние развилось впервые. Ухудшение состояния в течение 30 минут, когда возникла вышеописанная симптоматика. Никакие лекарственные препараты не принимал. Наследственность не отягощена. При объективном обследовании: в легких хрипов нет. АД 114/68 мм рт. ст., ЧСС 170 в мин. Ритм правильный. На ЭКГ зарегистрировано:



1. Наиболее вероятным диагнозом является:
 - А. атриовентрикулярная тахикардия на фоне предвозбуждения желудочков
 - Б. трепетание предсердий
 - В. фибрилляция предсердий
 - Г. желудочковая тахикардия
2. Какова тактика врача скорой помощи?
 - А. Госпитализировать в стационар.
 - Б. Назначить панангин.
 - В. Ввести аденозин в условиях мониторингового наблюдения ЭКГ.
 - Г. Варианты А, В.

Задача №2.

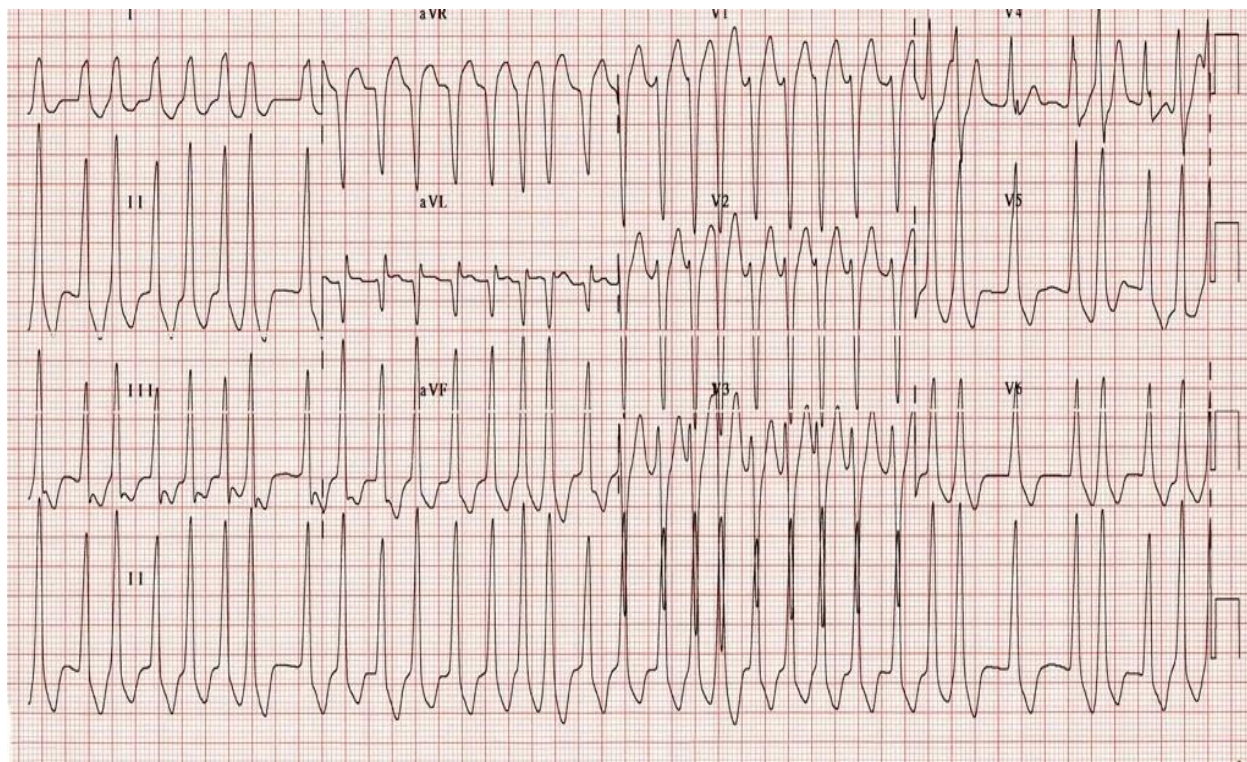


Заключение?

- А. Фибрилляция предсердий
- Б. Трепетание предсердий
- В. Предсердная тахикардия
- Г. Желудочковая тахикардия

Задача №3.

У пациента 45 лет в анамнезе предвозбуждение желудочков. Был доставлен в стационар бригадой «Скорой помощи» с жалобами на сердцебиение, головокружение, резкую общую слабость. Объективно в легких хрипов нет. АД 90/60 мм рт. ст., ЧСС 133 в мин. ЭКГ:



1. Наиболее вероятный ЭКГ-диагноз
- А. желудочковая тахикардия, потому что на ЭКГ широкие комплексы QRS
 - Б. Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия, т.к. у пациента в анамнезе предвозбуждение желудочков
 - В. фибрилляция предсердий, т.к. неправильный желудочковый ритм
 - Г. острый коронарный синдром, т.к. имеется ЭКГ-картина полной блокады левой ножки пучка Гиса.
2. Какова тактика врача приемного отделения?
- А. госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии
 - Б. госпитализировать в общую палату
 - В. назначить 50 мг метопролола под язык
 - Г. выполнить эхокардиографию для уточнения диагноза.
3. Какие лекарственные препараты противопоказаны в настоящий момент пациенту?
- А. Метопролол
 - Б. Аденозин
 - В. Верапамил
 - Г. верно все перечисленное.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава

- России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
 4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
 5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с

любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета

3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

4. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>;

Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
- СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru>;

2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru>;

3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru>;

4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - <http://www.viniti.ru/>;

5. Кокрановская библиотека <https://www.cochranelibrary.com/>;

6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and Social Work - <http://site.ebrary.com/lib/rzgmu>;

7. Библиографическая и реферативная база данных Scopus - www.scopus.com

Тема занятия: ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН: ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ. ТЕРАПИЯ ТЭЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССИВНОСТИ ЭМБОЛИИ

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, особенности клинической картины, современные принципы диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА).

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (кол-во астрономических часов): 4

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, слайды, схемы, алгоритмы диагностики и лечения, кейс-задачи, данные лабораторных и инструментальных исследований (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенограммы грудной клетки, УЗГД вен нижних конечностей, КТ и т.д.).

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

ПК-1: Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 20 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.**

Программированный контроль:

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) тромбоз глубоких вен нижних конечностей;
- Б) острый инфаркт миокарда;
- В) краш-синдром;
- Г) злокачественные опухоли.

2. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБЭМБОЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) венозный стаз;
- Б) изменения венозной стенки;
- В) нарушение состава крови;
- Г) все вышеперечисленное.

3. ПРИЧИНОЙ ТЭЛА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) прием оральных контрацептивов;
- Б) протезирование бедренного сустава;
- В) антифосфолипидный синдром;
- Г) все вышеперечисленное.

4. ПРОВОЦИРУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- А) длительного постельного режима;
- Б) массивной кровопотери;
- В) тромбоза поверхностных вен голени;
- Г) хирургического вмешательства на органах малого таза.

5. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ТЭЛА ТИПИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) боль в грудной клетке;
- Б) внезапная одышка или нестабильная гемодинамика;
- В) несимметричные отеки нижних конечностей;
- Г) все вышеперечисленное.

6. КАКИЕ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТЭЛА:

- А) положение ортопноэ, одышка, большое количество влажных хрипов по передней поверхности легких;
- Б) внезапно возникшая одышка при активизации больного;
- В) экспираторная одышка, сопровождающаяся участием вспомогательных мышц;
- Г) одышка, возникающая при выходе больного на улицу в холодную погоду.

7. ДЛЯ ТЭЛА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ:

- А) сопровождающаяся клонико-тоническими судорогами с прикусом языка;
- Б) сопровождающаяся очаговой неврологической симптоматикой;
- В) развивающаяся при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное;
- Г) никакая из вышеперечисленных.

8. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) молодой возраст пациента;
- Б) перенесенный инфаркт миокарда;
- В) тромбоз глубоких вен нижних конечностей в анамнезе;
- Г) наличие у больного сахарного диабета.

9. БИОХИМИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ:

- А) КФК, МВ-КФК;
- Б) АСТ, АЛТ;
- В) D-димера;
- Г) иммуноглобулинов.

10. В ОТНОШЕНИИ D-ДИМЕРА ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- А) его уровень нарастает при развитии острого тромбоза;
- Б) его уровень при ТЭЛА повышен;
- В) его высокий уровень позволяет исключить другие заболевания, кроме ТЭЛА;
- Г) повышение его уровня в крови свидетельствует об активации образования фибрина.

11. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТЭЛА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) синусовая тахикардия;
- Б) синусовая брадикардия;
- В) блокада правой ножки пучка Гиса;
- Г) наличие S I, Q III, T III.

Б) четко определяется сразу после возникновения одышки;

В) наблюдается у 100% больных ТЭЛА;

Г) никогда не сопровождается признаками плеврального выпота.

16. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТЭЛА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

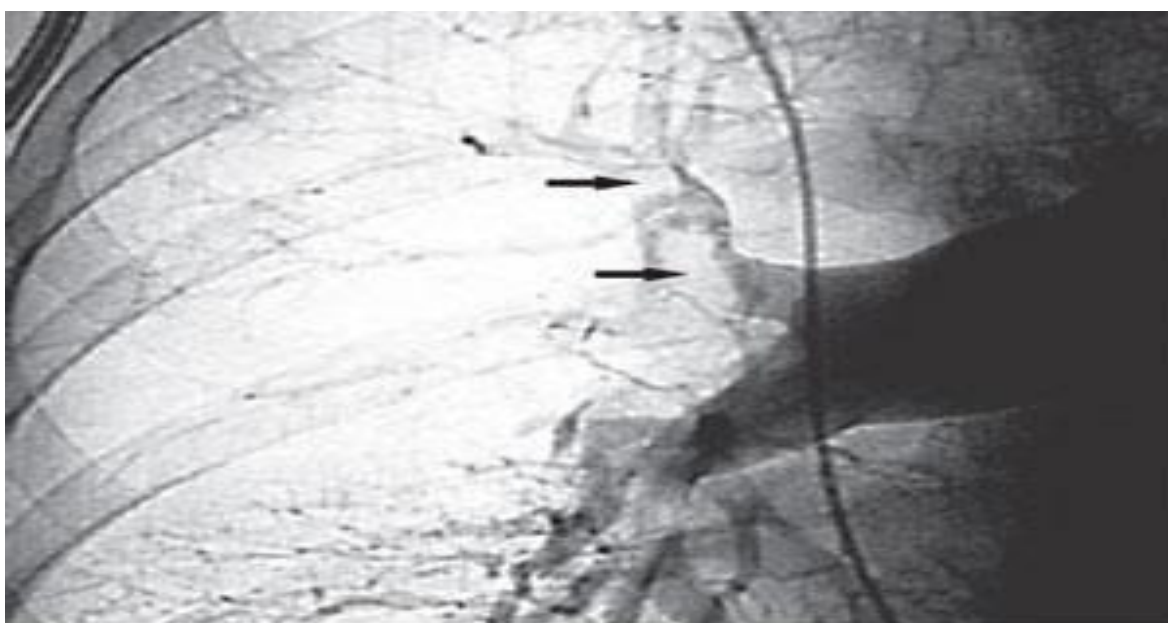
А) ангиопульмонографию;

Б) спиральную компьютерную томографию легких и легочных артерий;

В) перфузионную сцинтиграфию легких;

Г) все вышеперечисленное.

17. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ:



А) рентгенография;

Б) ангиопульмонография;

В) спиральная компьютерная томография легких и легочных артерий;

Г) перфузионная сцинтиграфия легких.

18. ДЛЯ ЭХО-КАРТИНЫ ТЭЛА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

А) признаков легочной гипертензии;

Б) наличия тромбов в полости правого предсердия и желудочка;

В) дилатации и гипокинезии правого желудочка;

Г) дилатации и гипокинезии левого желудочка.

19. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА:

- А) вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких;
- Б) рентгенография легких;
- В) Эхо-КГ;
- Г) спиральная компьютерная томография.

20. СТАНДАРТОМ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) гепарины;
- Б) тромбэктомия;
- В) системный тромболизис;
- С) установка временных кава-фильтров.

21. ПАЦИЕНТУ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РЕЦИДИВА ТЭЛА ПОКАЗАН ПРИЕМ:

- А) пероральных антикоагулянтов;
- Б) бета-блокаторов;
- В) диуретиков;
- Г) аспирин.

22. МЕСТО АЛТЕПЛАЗЫ (АКТЕЛИЗЕ) ПРИ ТЭЛА:

- А) практически не используется;
- Б) наиболее часто применяемый тромболитик во многих странах (назначается у больных с высоким риском, особенно при гипотензии / шоке);
- В) может быть использован только при непереносимости стрептокиназы;
- Г) применяется только при низком риске (у больных без шока и гипотонии).

23. УКАЖИТЕ В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ОТ НАЧАЛА СИМПТОМОВ ТЭЛА МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ТРОМБОЛИТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ:

- А) не более 6 часов;
- Б) не более 12 часов;
- В) не более 24 часов;
- Г) желательно до 48-72 часов, но возможно до 6 дней.

24. ЦЕЛЕВОЕ МНО ПРИ ПРИЕМЕ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТЭЛА:

- А) 1,0-2,0
- Б) 2,0-3,0
- В) 3,0-4,0
- Г) 4,0-5,0

25. РИВАРОКСАБАН ОТНОСЯТ К ГРУППЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ:

- А) прямой ингибитор Ха фактора коагуляции;
- Б) низкомолекулярный гепарин;
- В) прямой ингибитор тромбина;
- Г) антагонист витамина К.

26. ПРЕИМУЩЕСТВА НОВЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ВАРФАРИНОМ:

- А) более предсказуемый терапевтический профиль;
- Б) значительно меньшее количество лекарственных взаимодействий;
- В) отсутствие необходимости в контроле МНО;
- Г) меньший риск геморрагий в сравнении с варфарином и НФГ.

27. МЕСТО НОВЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ С ТГВ / ТЭЛА:

- А) применяется только у больных с особенно высоким риском;
- Б) применяется как альтернатива стандартной терапии парентеральными антикоагулянтами и варфарином как в лечении ТГВ / ТЭЛА, так и для их профилактики;
- В) применяется только при абсолютной непереносимости иных антикоагулянтов;
- Г) применяется при высоком риске кровотечений.

28. РЕКОМЕНДОВАННАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ ТГВ / ТЭЛА:

- А) возможен длительный прием (месяцы – годы);
- Б) следует принять не более 1 упаковки препарата;
- В) принимать рекомендуется 1 месяц;
- Г) принимать рекомендуется 2 месяца.

29. БОЛЬНОЙ 76 ЛЕТ, ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА 5 СУТОК НАБЛЮДАЛСЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ (СОБЛЮДАЛ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ), НА 6 СУТКИ ПЕРЕВЕДЕН НА КАТАЛКЕ В ОБЩУЮ ПАЛАТУ. НОЧЬЮ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА УСЛЫШАЛА ШУМ В ТУАЛете, ГДЕ НАШЛА ПАЦИЕНТА ЛЕЖАЩИМ НА ПОЛУ, УЖЕ БЕЗ СОЗНАНИЯ, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ЛИЦА ИНТЕНСИВНО ЦИАНОТИЧНЫ («ЧУГУННЫЙ» ОТТЕНОК), ЯЗЫК

ЦИАНОТИЧЕН. ПРИЗНАКОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕТ. ЧТО ЯВИЛОСЬ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РЕЗКОГО УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА?

- А) оперативное вмешательство;
- Б) постельный режим >3 дней;
- В) пожилой возраст;
- Г) все перечисленное.

30. У БОЛЬНОГО 82 ЛЕТ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, КРОВОХАРКАНИЕ, ОДЫШКУ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 37,5⁰. БОЛЕЕТ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОГК – ОТМЕЧЕНЫ УЧАСТКИ ЧЕТКО ОЧЕРЧЕННОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ТРЕУГОЛЬНОЙ ФОРМЫ С ОСНОВАНИЕМ, РАСПОЛОЖЕННЫМ СУБПЛЕВРАЛЬНО И ВЕРШИНОЙ, НАПРАВЛЕННОЙ В СТОРОНУ КОРНЯ ЛЕГКОГО. КАКОЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

- А) ТЭЛА;
- Б) острый инфаркт миокарда;
- В) острая пневмония;
- Г) рак легкого.

31. У БОЛЬНОЙ 76 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ БЕДРА СПРАВА. КАКАЯ МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА У ДАННОЙ БОЛЬНОЙ?

- А) перевязка большой подкожной вены бедра;
- Б) имплантация кава-фильтра;
- В) эластичное бинтование нижней конечности;
- Г) применение прямых антикоагулянтов.

32. У БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ХАРАКТЕРЕ ТЭЛА ОТМЕЧЕНА ПОВТОРНАЯ МИКРОТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЕНИЯ КОТОРОЙ КУПИРОВАНЫ МЕДИКАМЕНТОЗНО. ПРИНИМАЕТ ВАРФАРИН. КАКАЯ МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА ПОКАЗАНА У ДАННОЙ БОЛЬНОЙ?

- А) применение прямых антикоагулянтов;

- Б) применение спазмолитиков;
- В) имплантация кава-фильтра;
- Г) эластичное бинтование нижней конечности.

33. У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ ПРИ АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИИ ОТМЕЧАЕТСЯ В ЛЕГОЧНЫХ СОСУДАХ ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ В ПРОСВЕТЕ СОСУДА, ОБРЫВ КОНТРАСТИРОВАНИЯ СОСУДА. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДАННАЯ АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА?

- А) ТЭЛА;
- Б) аневризма грудного отдела аорты;
- В) аномалия развития легочных сосудов;
- Г) тромбоз верхней полой вены.

34. У БОЛЬНОГО 80 ЛЕТ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ТЭЛА ПРОВОДИТСЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СТРЕПТОКИНАЗОЙ. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ОДНОВРЕМЕННО СО СТРЕПТОКИНАЗОЙ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ:

- А) раствор глюкозы 40 %;
- Б) реополиглюкин;
- В) 60–90 мг преднизолона;
- Г) раствор натрия хлорида 10 %

35. У ПАЦИЕНТА 76 ЛЕТ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО РАЗВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ И БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПОЯВИЛСЯ ЦИАНОЗА ЛИЦА, ШЕИ И ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ТУЛОВИЩА С ЧЕТКОЙ ЛИНИЕЙ ДЕМАРКАЦИИ ЦИАНОЗА. ПУЛЬС - 112 УДАРОВ В 1 МИНУТУ. БОЛЕЕТ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. КАКОЙ ДИАГНОЗ У БОЛЬНОГО?

- А) острый инфаркт миокарда;
- Б) спонтанный пневмоторакс;
- В) перфорация дивертикула пищевода;
- Г) ТЭЛА.

36. У БОЛЬНОЙ 52 ЛЕТ УСТАНОВЛЕНА ТРОМБОЭМБОЛИЯ СТВОЛА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ АНГИГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ.

ПАЦИЕНТКА ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ ГОТОВИТСЯ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. КАКУЮ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ?

- А) лобэктомия;
- Б) пульмонэктомия;
- В) эмболэктомия из ствола легочной артерии в условиях искусственного кровообращения;
- Г) резекция участка верхней полой вены.

37. У БОЛЬНОГО 67 ЛЕТ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ТЭЛА ПОЯВИЛАСЬ ОСТРАЯ БОЛЬ В ПРАВОМ ВЕРХНЕМ КВАДРАНТЕ ЖИВОТА, ОТРЫЖКА, РВОТА, СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭТО ХАРАКТЕРНО?

- А) синдром острой дыхательной недостаточности;
- Б) синдром острой сосудистой недостаточности;
- В) абдоминальный синдром;
- Г) церебральный синдром.

38. У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ТЭЛА ПОЯВИЛОСЬ ОЩУЩЕНИЕ НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, РЕЗКО НАРОСЛА ОДЫШКА, ПОЯВИЛСЯ ЦИАНОЗ, РАЗВИЛИСЬ ЯВЛЕНИЯ БРОНХОСПАЗМА. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭТО ХАРАКТЕРНО?

- А) синдром острой дыхательной недостаточности;
- Б) синдром острой сосудистой недостаточности;
- В) абдоминальный синдром;
- Г) церебральный синдром.

39. У БОЛЬНОГО 78 ЛЕТ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ТЭЛА ОТМЕЧАЕТСЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, СУДОРОГИ, ЯВЛЕНИЯ ГЕМИПЛЕГИИ, НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭТО ХАРАКТЕРНО?

- А) синдром острой дыхательной недостаточности;
- Б) синдром острой сосудистой недостаточности;
- В) абдоминальный синдром;
- Г) церебральный синдром.

40. ПАЦИЕНТУ 46 ЛЕТ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ТЭЛА И НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ ПОКАЗАНО:

- А) проведение раннего системного тромболиза (2ч);
- Б) введение прессорных аминов;
- В) антикоагулянты (нефракционированный гепарин);
- Г) все вышеперечисленное.

Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Дайте определение понятия ТЭЛА и ее классификации.
2. Расскажите об этиологии и источниках тромбов.
3. Объясните патогенез ТЭЛА.
4. Опишите с использованием синдромов клиническую картину ТЭЛА.
5. Какие направления диагностики Вы знаете при ТЭЛА?
6. Перечислите основные методы диагностики.
7. Какие признаки ТЭЛА имеются на ЭКГ и ЭХОКГ?
8. Назовите рентгенологические методы диагностики ТЭЛА.
9. Какие признаки ТЭЛА имеются на рентгенограммах грудной клетки, сцинтиграфии легких, КТ грудной клетки и ангиографии?
10. Какой вы знаете скрининговый лабораторный метод диагностики ТЭЛА?
11. Какими методами можно проводить поиск источников тромбов?
12. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ТЭЛА?
13. Назовите основные задачи терапии ТЭЛА.
14. Назовите основные ошибки при терапии ТЭЛА.
15. Расскажите (с учетом основных задач) консервативное лечение ТЭЛА.
16. Расскажите о хирургическом лечении ТЭЛА.
17. Что такое первичная профилактика и ее методы при ТЭЛА?
18. Что такое вторичная профилактика и ее направления при ТЭЛА?

IV. Клиническая работа:курация больных - 1 ч 00 мин.

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Пациентка, 76 лет, доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на выраженную одышку. В анамнезе: артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения. Одышка возникла внезапно на фоне полного благополучия. До госпитализации находилась дома, в связи с коксартрозом была вынуждена ограничивать двигательный режим. В приемном отделении проводилась дифференциальная диагностика между острым коронарным синдромом и тромбоэмболией легочной артерии. Больная с ожирением I степени (индекс массы тела 31,2 кг/м²). При осмотре частота сердечных сокращений 92 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст., частота дыхания 23 в минуту, сатурация кислорода 92%. В анализах крови уровень D-димера - 910 нг /мл, тропонин I- 0,1нг/мл, мозговой натрийуретический гормон – 754 пг/мл, клиренс креатинина - 46,9 мл/мин. При ЭхоКГ левое предсердие 43 мм, конечно-диастолический размер левого желудочка 50 мм, фракция выброса 61%, правый желудочек 39 мм, расчетное давление в легочной артерии 53 мм рт.ст. При мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки с внутривенным контрастированием выявлена двусторонняя ТЭЛА: справа- субокклюзия верхнедолевой артерии, окклюзия среднедолевой артерии от устья, в нижнедолевой артерии пристеночные тромбы, перекрывающие устья сегментарных ветвей А7, А9, А10 2/3 диаметра просвета; слева - в главной легочной артерии седловидный тромб, распространяющийся в верхнедолевую артерию и ее сегментарные ветви, пристеночный тромб в стволе нижнедолевой артерии, занимающий более 2/3 просвета. При УЗИ вен нижних конечностей признаки протяженного окклюдизирующего тромбоза поверхностной бедренной и подколенной вен справа.

Оцените степень тяжести ТЭЛА и выберите оптимальную тактику лечения.

1) Пациентка с массивной ТЭЛА нуждается в обсуждении системной тромболитической терапии.

2) По индексу PESI больная относится к III классу и имеет промежуточный низкий риск с учетом повышения только маркера сердечной недостаточности. Показана терапия новыми оральными антикоагулянтами или сочетанная терапия низкомолекулярным гепарином и антагонистами витамина К.

3) По индексу PESI больная относится к III классу, что соответствует промежуточному риску. Рекомендована терапия нефракционированным гепарином в течение 48-72 ч с последующим решением вопроса о необходимости проведения фибринолитической терапии.

Задача №2.

Пациентка, 35 лет, обратилась с жалобами на внезапно появившуюся одышку, слабость, сердцебиение, пресинкопальное состояние. Ранее подобный эпизод был 2 года назад. Обследовалась по месту жительства с диагнозом "миокардиодистрофия". Проводилась терапия бета-адреноблокаторами. В связи появлением отрицательных зубцов *T* в отведениях *V1-3* больная с приема врача госпитализирована в стационар с подозрением на острый инфаркт миокарда. При обследовании маркеры повреждения миокарда (тропонин I, креатинфосфокиназа-МВ) отрицательные. При эхокардиографии камеры сердца в пределах нормы, нарушений глобальной и региональной сократительной способности миокарда левого желудочка не выявлено. При оценке клинической вероятности тромбоэмболии легочной артерии использована пересмотренная Женевская модель, в соответствии с которой риск тромбоэмболии легочной артерии расценен как низкий.

А. Предложите ваш алгоритм дальнейшего обследования для верификации диагноза.

1) Магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца с контрастным усилением для уточнения характера поражения миокарда

2) Перфузионная сцинтиграфия легких

3) Определение D-димеров и в случае их повышения мультиспиральная компьютерная ангиография легких и компрессионная УЗИ вен нижних конечностей

4) Мультиспиральная компьютерная ангиография легких в сочетании с компрессионным УЗИ вен нижних конечностей

Б. Выберите оптимальную тактику лечения и определите длительность терапии.

1) Пациентка низкого риска. Показана сочетанная терапия низкомолекулярными гепаринами и антагонистами витамина К до достижения целевого МНО, в дальнейшем монотерапия антагонистами витамина К с целевым МНО 2,0-3,0. Терапию продолжать неопределенно долго в связи наследственной тромбофилией

2) Пациентка низкого риска. Показана терапия ривароксабаном 15 мг 2 раза в сутки в течение 3 нед, в дальнейшем 20 мг 1 раз в день неопределенно долго в связи наследственной тромбофилией

3) Пациентка низкого риска. Показана терапия ривароксабаном 15 мг 2 раза в сутки в течение 3 нед, в дальнейшем 20 мг 1 раз в день не менее 3 мес

4) Пациентка низкого риска. Показана терапия ривароксабаном 15 мг 2 раза в сутки в течение 3 нед, в дальнейшем 20 мг 1 раз в день не менее 3 мес. Контроль уровня D-димеров через месяц после отмены лекарственного препарата для решения вопроса о пролонгировании антикоагулянтной терапии

Задача №3.

Женщина, 48 лет, с длительным анамнезом артериальной гипертензии, сахарного диабета, диабетической нефропатии (клиренс креатинина 53 мл/мин), ожирения II степени (индекс массы тела 36,5 кг/м²), госпитализирована с клинической картиной вероятной ТЭЛА. При обследовании уровень тропонина I в пределах нормы. При ЭхоКГ исследовании выявлена дисфункция правого желудочка. По данным УЗИ: нарушения проходимости вен нижних конечностей не выявлено. При мультиспиральной компьютерной томографии легких с

контрастным усилением определяются дефекты контрастирования справа в А3, А6, А8, занимающие до 2/3 просвета сосудов, и слева в А3, А4, А5 и А8, также суживающие просвет сосудов до 2/3 просвета. При генетическом обследовании выявлен гетерозиготный вариант гена V фактора (Лейденовская мутация). В связи с промежуточным, низким, риском развития фатальных осложнений начата терапия ривароксабаном 15 мг 2 раза в день в течение 3 нед, а в дальнейшем продолжена в дозе 20мг 1раз в день в течение 6мес. Через 6 мес после контрольной эхокардиографии, подтвердившей отсутствие дисфункции правого желудочка, антикоагулянтная терапия прекращена. Уровень D-димеров через месяц после отмены ривароксабана составил 760 нг/мл (норма <500 нг/мл).

Каковы ваши действия?

- 1) Риск повторных венозных тромбозов низкий, и длительная антикоагулянтная терапия не показана
- 2) Риск повторных венозных тромбозов высокий, показана длительная антикоагулянтная терапия
- 3) Рекомендованы динамическое наблюдение и повторное определение уровня D-димеров для решения вопроса о возобновлении антикоагулянтной терапии

Задача №4.

Больная Б. 19 лет, обратилась в приемный покой с жалобами на слабость и одышку при незначительной нагрузке. Заболела 2 дня назад, когда при возвращении с учебы домой отметила резкий приступ удушья, слабость, снижение АД до 90/60 мм рт.ст. На следующий день повысилась температура тела до 38°C. Из анамнеза жизни: на протяжении 4 месяцев по рекомендации гинеколога в связи с нарушением менструального цикла принимает пероральный гормональный препарат Диане-35. При осмотре: Ожирение I ст. (индекс массы тела 32 кг/м²). Кожные покровы бледные. В легких дыхание ослаблено справа в нижних отделах, ЧДД 22 в минуту. ЧСС 130 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. В общем анализе крови: лейкоциты $11,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 42 мм/ч. Д-димер - 2,1 мкг/мл.

На ЭКГ: синусовая тахикардия. Нормальное положение ЭОС. Умеренные диффузные изменения в миокарде.

Rg легких: теней очагово-инфильтративного характера не выявлено. Корни структурны. Справа в заднем синусе и междолевой борозде – выпот. Сердце увеличено за счет левого желудочка и левого предсердия.

ЭхоКГ: ФВ ЛЖ 70%, ПЗР ПЖ 3,1 см, ТК рег. 2-3 ст., Эхосвободное простр. в обл. ЗСЛЖ в систолу. Сист. град. давл. на ТК 36 мм рт. ст. ПП 4,8*4,1 см. НПВ 1,74 см, достаточно спадается на вдохе. Заключение: Увеличение полости ПЖ, ПП. Легочная гипертензия. Расчетное давление в ПЖ 41 мм рт.ст.

КТ грудной клетки: справа, субплеврально множественные участки уплотнения легочной ткани. Корни структурны, бронхи не расширены, хорошо прослеживаются. В плевральных полостях жидкость не определяется. Средостение не смещено, структура его хорошо дифференцирована. В полости перикарда наличие свободной жидкости. Заключение: КТ-признаки инфарктной пневмонии справа. Перикардит.

Ангиопульмонография: Архитектоника ствола и его ветвей обычная. Патологических сброса и васкуляризации не определяется. В правом лёгком, среднедолевой и нижнедолевой ветвях легочной артерии определяются дефекты контрастирования, окклюзирующие просвет сосудов.

УЗИ сосудов н/к:с обеих сторон глубокие вены, ствол БПВ и МПВ проходимы, компрессия их полная.

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Назначьте лечение
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава

- России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
 3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
 4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
 5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.

5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
4. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>;

Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>;
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>;
- СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru/>;
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru/>;
3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru/>;
4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - <http://www.viniti.ru/>;
5. Кокрановская библиотека <https://www.cochranlibrary.com/>;
6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuestebrary-PsychologyandSocialWork - <http://site.ebrary.com/lib/rzgmj/>;
7. Библиографическая и реферативная база данных Scopus - www.scopus.com.

Тема занятия: ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. ПНЕВМОТОРАКС: ДИАГНОСТИКА, ВОЗМОЖНОСТИ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики, принципы лечения острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и пневмоторакса.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов):4.

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

ПК-1: Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть –20мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

Программированный контроль:

1. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ОБЩЕПРИНЯТАЯ АББРЕВИАТУРА «ВІРАР»?

- А. искусственная вентиляция легких с двумя уровнями давления
- Б. фракция кислорода во вдыхаемой смеси

- В. положительное конечно-эспираторное давление
- Г. насыщение гемоглобина кислородом артериальной крови
- Д. искусственная вентиляция легких постоянным положительным давлением

2. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ОБЩЕПРИНЯТАЯ АББРЕВИАТУРА «FIO₂»?

- А. искусственная вентиляция легких с двумя уровнями давления
- Б. фракция кислорода во вдыхаемой смеси
- В. положительное конечно-эспираторное давление
- Г. насыщение гемоглобина кислородом артериальной крови
- Д. искусственная вентиляция легких постоянным положительным давлением

3. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ОБЩЕПРИНЯТАЯ АББРЕВИАТУРА «PEEP»?

- А. искусственная вентиляция легких с двумя уровнями давления
- Б. фракция кислорода во вдыхаемой смеси
- В. положительное конечно-эспираторное давление
- Г. насыщение гемоглобина кислородом артериальной крови
- Д. искусственная вентиляция легких постоянным положительным давлением

4. ЧТО ОЗНАЧАЕТ ОБЩЕПРИНЯТАЯ АББРЕВИАТУРА «CPAP»?

- А. искусственная вентиляция легких с двумя уровнями давления
- Б. фракция кислорода во вдыхаемой смеси
- В. положительное конечно-эспираторное давление
- Г. насыщение гемоглобина кислородом артериальной крови
- Д. искусственная вентиляция легких постоянным положительным давлением

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ДО ПАНДЕМИИ COVID-19?

- А. сепсис
- Б. аспирация легких
- В. внебольничная пневмония
- Г. токсическое повреждение легких
- Д. травма легких

6. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЛЕГОЧНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА?

- А. легочная инфекция
- Б. аспирация желудочным содержимым
- В. жировая эмболия

7. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВНЕЛЕГОЧНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА?

- А. шок
- Б. инфекция
- В. травма
- Г. панкреатит
- Д. гемотрансфузии
- Е. обширные хирургические вмешательства

8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА?

- А. интерстициальный отек легких
- Б. фиброз легких
- В. гипоксемия
- Г. спадение альвеол
- Д. внутрилегочное шунтирование крови

9. ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ, В Т.Ч. НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)?

- А. цитокиновый шторм
- Б. выраженная клеточная инфильтрация
- В. «мокрое» легкое
- Г. внутрилегочное шунтирование крови

10. СРЕДНЯЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ?

- А. 10-15%
- Б. 35-45%
- В. 50-65%
- Г. 65-70%
- Д. 85-92%

11. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- А. одышка
- Б. тахипноэ
- В. участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
- Г. тахикардия
- Д. артериальная гипертензия / гипотензия
- Е. цианоз
- Ж. когнитивные нарушения, угнетение сознания, делирий
- З. кахексия

12. ПРИЗНАКИ ТЕКУЩЕГО ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАММЕ ЛЕГКИХ. КАКОЙ ПРИЗНАК УКАЗАН НЕВЕРНО?

- А. сетчатость легочного рисунка
- Б. консолидация
- В. матовое стекло
- Г. градиент плотности

13. ЧТО ТАКОЕ СИМПТОМ «КОНСОЛИДАЦИИ» НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАММЕ ЛЕГКИХ?

- А. усиление легочного рисунка с сохраненной визуализацией сосудов и бронхов (соответствует участкам плохо вентилируемых альвеол — 500—100 HU)
- Б. гомогенное усиление легочного рисунка, скрывающее тени сосудов и бронхов
- В. множественные переплетающиеся между собой линейные тени разной толщины
- Г. снижение градиента плотности легких, направленное от верхушек легких к их базальным отделам

14. ЧТО ТАКОЕ СИМПТОМ «МАТОВОГО СТЕКЛА» НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАММЕ ЛЕГКИХ?

- А. усиление легочного рисунка с сохраненной визуализацией сосудов и бронхов (соответствует участкам плохо вентилируемых альвеол — 500—100 HU)
- Б. гомогенное усиление легочного рисунка, скрывающее тени сосудов и бронхов

В. множественные переплетающиеся между собой линейные тени разной толщины

Г. снижение градиента плотности легких, направленное от верхушек легких к их базальным отделам

15. ЧТО ТАКОЕ СИМПТОМ «РЕТИКУЛЯРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ» НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАММЕ ЛЕГКИХ?

А. усиление легочного рисунка с сохраненной визуализацией сосудов и бронхов (соответствует участкам плохо вентилируемых альвеол — 500—100 HU)

Б. гомогенное усиление легочного рисунка, скрывающее тени сосудов и бронхов

В. множественные переплетающиеся между собой линейные тени разной толщины

Г. снижение градиента плотности легких, направленное от верхушек легких к их базальным отделам

16. ВСТАВЬТЕ ПРОПУЩЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ: «СНИЖЕНИЕ SPO₂ НИЖЕ 90% СООТВЕТСТВУЕТ СНИЖЕНИЮ PAO₂ НИЖЕ ... мм рт. ст.»

А. 40

Б. 50

В. 60

Г. 70

Д. 80

Е. 90

17. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К СТАНДАРТНЫМ МЕТОДАМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА?

А. измерение внутрибрюшного давления

Б. обзорная рентгенография органов грудной клетки

В. компьютерная томограмма легких

Г. магнитно-резонансная томограмма легких

Д. измерение антропометрических данных пациента

18. С КАКОГО МЕТОДА НАЧИНАЮТ РЕСПИРАТОРНУЮ ПОДДЕРЖКУ У ПАЦИЕНТА С ЛЕГКИМ ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ?

А. оксигенация (низко- и высокопоточная)

Б. неинвазивная ИВЛ (без интубации трахеи)

В. инвазивная ИВЛ (с интубацией трахеи)

Г. экстракорпоральная мембранная оксигенация

19. КАКОЙ МЕТОД ПОКАЗАН ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ ПРИ АПНОЭ, ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ, НАРУШЕНИИ СОЗНАНИЯ, НАРУШЕНИИ ГЛОТОЧНЫХ РЕФЛЕКСОВ, КАШЛЕВОГО ТОЛЧКА, ПАРЕЗЕ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК?

А. оксигенация (низко- и высокопоточная)

Б. неинвазивная ИВЛ

В. инвазивная ИВЛ

20. ЧТО УВЕЛИЧАЕТ РЕКРУТИРОВАНИЕ (РАСПРАВЛЕНИЕ СПАВШИХСЯ) АЛЬВЕОЛ?

А. повышенное давление на вдохе

Б. повышенное давление на выдохе

21. ЧТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СПАДЕНИЯ АЛЬВЕОЛ ПРИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ЦИКЛАХ?

А. повышенное давление на вдохе

Б. повышенное давление на выдохе

22. РЕКОМЕНДОВАННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА С УМЕРЕННЫМ И ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ И НОРМАЛЬНЫМ ВЕСОМ?

А. ортопноэ

Б. с приподнятым головным концом кровати

В. с приподнятым ножным концом кровати

Г. прон-позиция

Д. на боку

Е. на спине

23. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ?

А. поддержание отрицательного гидробаланса

Б. поддержание положительного гидробаланса

В. введение коллоидных препаратов

24. ЧТО ВХОДИТ В РЕСПИРАТОРНУЮ ПОДДЕРЖКУ ПЕРВОГО ШАГА ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ ВСЛЕДСТВИЕ COVID-19?

А. прон-позиция не менее 12-16 ч в сутки с высокопоточной оксигенацией

Б. неинвазивная ИВЛ в режиме СРАР

В интубация трахеи

Г инвазивная ИВЛ

Д. обычная O₂-терапия (через лицевую маску или назальные канюли, лучше маска с расходным мешком)

25. ЧТО ВХОДИТ В РЕСПИРАТОРНУЮ ПОДДЕРЖКУ ВТОРОГО ШАГА ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ ВСЛЕДСТВИЕ COVID-19?

А. обычная O₂-терапия (через лицевую маску или назальные канюли, лучше маска с расходным мешком)

Б. прон-позиция не менее 12-16 ч в сутки с высокопоточной оксигенацией или неинвазивной ИВЛ в режиме СРАР

В. интубация трахеи и инвазивная ИВЛ

26. ЧТО ВХОДИТ В РЕСПИРАТОРНУЮ ПОДДЕРЖКУ ТРЕТЬЕГО ШАГА ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ ВСЛЕДСТВИЕ COVID-19?

А. обычная O₂-терапия (через лицевую маску или назальные канюли, лучше маска с расходным мешком)

Б. прон-позиция не менее 12-16 ч в сутки с высокопоточной оксигенацией или неинвазивной ИВЛ в режиме СРАР

В. интубация трахеи и инвазивная ИВЛ

27. ЧТО ВХОДИТ В НАЧАЛЬНЫЙ ШАГ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВСЛЕДСТВИЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОБЛ И/ИЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ?

А. обычная O₂-терапия (через лицевую маску или назальные канюли, лучше маска с расходным мешком)

Б. прон-позиция не менее 12-16 ч в сутки с высокопоточной оксигенацией или неинвазивной ИВЛ в режиме СРАР

В. интубация трахеи и инвазивная ИВЛ

28. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА:

А. буллёзные изменения альвеол и кисты легкого;

Б. парапневмонический абсцесс легкого;

В. рак легкого;

Г. бронхоэктазы;

Д. туберкулез легких.

29. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КЛАПАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НАЧИНАЕТСЯ С:

А. трахеостомии;

Б. пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости;

В. блокады межреберных нервов;

Г. обездвижения грудной клетки;

Д. блокады диафрагмального нерва.

30. МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ПРИ АВТОКАТАСТРОФЕ УДАРИЛСЯ ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ЕГО БЕСПОКОЯТ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ УШИБА, ОСОБЕННО ПРИ ДЫХАНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ V-VII РЕБЕР СПРАВА ОТ ПЕРЕДНЕ-ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ. ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА В ЭТОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ — ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА. ПРИ ПЕРКУССИИ - ТИМПАНИТ. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО - ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ, ОДЫШКИ И ТАХИКАРДИИ НЕТ. НЕКОТОРАЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

А. посттравматическая пневмония справа;

Б. перелом V-VII ребер справа;

В. контузия правого легкого;

Г. перелом V-VII ребер справа, травматический пневмоторакс;

Д. гематома грудной стенки в области V-VII ребер.

31. У БОЛЬНОЙ С АБСЦЕССОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ОДЫШКА. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕНО КОЛЛАБИРОВАНИЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ШИРОКИЙ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ЖИДКОСТИ, РЕЗКОЕ СМЕЩЕНИЕ ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ ВЛЕВО. ДИАГНОЗ?

А. эмпиема плевры

Б. бронхолегочная секвестрация

В. тромбоз правой главной ветви легочной артерии

Г. напряженный спонтанный пневмоторакс;

Д. пиопневмоторакс.

32. У БОЛЬНОГО С АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО РАЗВИЛАСЬ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПИОПНЕВМОТОРАКСА. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ С МОМЕНТА ДИАГНОСТИКИ ЭТОГО ОСЛОЖНЕНИЯ?

А. массивная антибиотикотерапия;

Б. лечебная бронхоскопия;

В. дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия;

Г. торакотомия и санация плевральной полости;

Д. резекция доли, несущей полость абсцесса.

33. У МУЖЧИНЫ 23 ЛЕТ СРЕДИ ПОЛНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСЛЕ СИЛЬНОГО КАШЛЯ ВОЗНИК ПРИСТУП РЕЗКИХ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СПРАВА. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: СПРАВА ТИМПАНИТ, ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ И БРОНХОФОНИИ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

А. крупозная пневмония;

Б. острый бронхит;

В. плеврит;

Г. тромбоэмболия легочной артерии;

Д. спонтанный пневмоторакс.

Вопросы для обсуждения:

1. Обоснуйте актуальность проблемы ОРДС для современного здравоохранения.

2. Дайте современное определение ОРДС.

3. Приведите классификацию ОРДС.

4. Каковы этиология и патогенез ОРДС?

5. Перечислите клинические признаки ОРДС и дайте им патогенетическое объяснение.

6. Методы инструментальной и лабораторной диагностики ОРДС, их интерпретация.

7. Принципы респираторной поддержки при ОРДС.

8. Нереспираторная терапия ОРДС.

9. Прогноз при ОРДС.

10. Особенности патогенеза ОРДС при инфекции COVID-

11. Шаги респираторной поддержки при ОРДС вследствие инфекции COVID-19.

12. Причины вторичного пневмоторакса.
13. Дифференциальная диагностика при спонтанном пневмотораксе.
14. Рентгенологические признаки пневмоторакса.
15. Алгоритм оказания неотложной помощи при пневмотораксе.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 00 мин,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

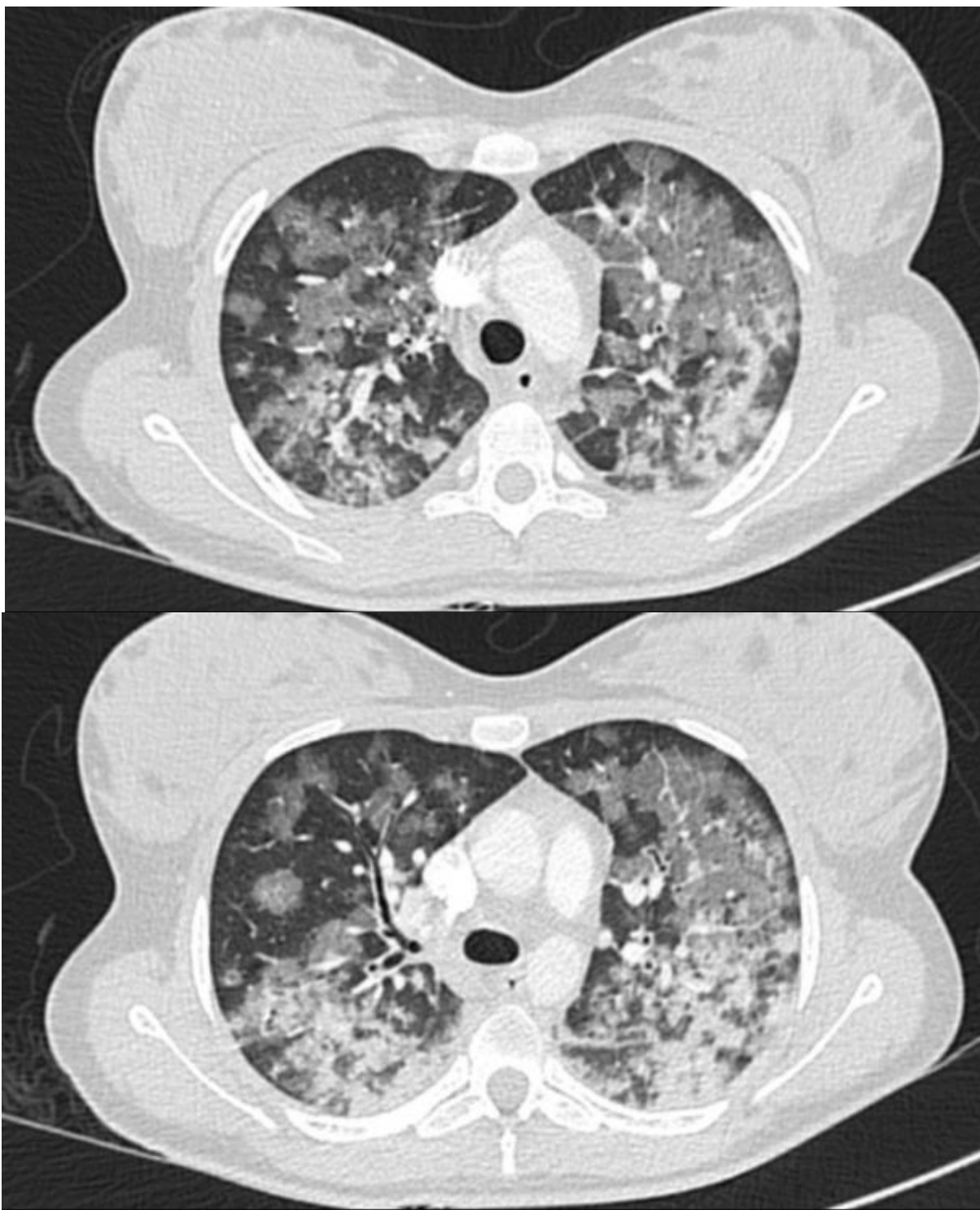
Задача №1.

Женщина, 20 лет. Беременность 30 недель. Обратилась за медицинской помощью с жалобами на выраженную одышку, возникшую внезапно, и быстрое (в течение суток) прогрессивное ухудшение состояния. ВИЧ-отрицательна, все доступные лабораторные тесты на инфекции (пневмоцистная пневмония, вирусы гриппа, COVID-19 и др.) - отрицательны.

На фронтальной рентгенограмме органов грудной клетки билатеральные инфильтраты в проекции легочных полей. Срочно выполнено УЗИ сердца – данных за дисфункцию не выявлено, в анамнезе кардиальной патологии нет, на момент осмотра АД 90/64 мм рт. ст., ЧСС 96 в мин, ЧДД 30 в мин.

Субъективное состояние пациентки требует оксигенации («кислородозависима»).

Выполнена компьютерная томограмма легких:



Вопросы:

1. Сколько «Берлинских критериев» имеется у данной пациентки? Следует ли в данной ситуации диагностировать ОРДС?

2. Входит компьютерная томограмма легких в «Берлинские критерии»? Какую картину вы видите по результатам компьютерной томограммы легких?

3. Перечислите, какие виды респираторной поддержки должны быть назначены поэтапно в этом случае при прогрессивном ухудшении состояния?

4. Чем в данном случае можно объяснить гипотензию, тахикардию, тахипноэ?

Задача №2.

Больной С., 56 год, доставлен машиной скорой медицинской помощи в боксовое отделение инфекционной больницы.

Жалобы: высокая температура тела (до 40,5°C), ломота в теле, першение в горле, сухой кашель, чувство «нехватки воздуха», сильная головная боль, тошнота, однократная рвота.

Заболел остро, в период пандемии COVID-19. Заболевание началось остро с повышения температуры тела (до 39,0°C), сильной головной боли, першения в горле, сухого кашля. В течение 2-х дней указанная симптоматика сохранялась. Затем температура повысилась до 40°C, у больного появилось чувство «нехватки воздуха», ломота в теле, тошнота, была однократная рвота.

Анамнез жизни: Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, краснуха, хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа. Профессиональных вредностей не имеет, аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре пациента на 3-й день болезни: состояние тяжелое, выражена интоксикация, температура - 40,5°C, SpO₂ – 84%, начата оксигенотерпия - SpO₂ возросло до 90%. Кожные покровы гиперемированы, отмечается инъеция сосудов склер. В зеве – гиперемия слизистой нёба, зернистость задней стенки глотки. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно в легких выслушиваются сухие хрипы. ЧДД - 38 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 105 ударов в минуту, ритмичный. АД-104/62 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезнен в околопупочной области. Диурез снижен. Стул разжижен, 1 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,8x10¹²/л, гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты - 2,7x10⁹/л (палочкоядерные - 3%, эозинофилы - 2%, сегментоядерные - 55%, моноциты - 13%, лимфоциты - 27%), тромбоциты - 243 x10⁹/л, СОЭ - 24 мм/ч.

Вопросы:

1. Есть ли у данного пациента показания для перевода в реанимационное отделение?
2. Оцените вероятность ОРДС по Берлинским критериям?
3. Какие методы инструментальной и лабораторной диагностики показаны в рамках ОРДС?
4. В случае ухудшения состояния пациента / диагностики ОРДС опишите пошаговую стратегию респираторной поддержки.
5. При ухудшении состояния пациента рекомендуемое положение? Опишите методологию приведения пациента в это положение.
6. Основной принцип инфузионной терапии у пациентов с ОРДС?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинко-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.

4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Петербургский союз врачей - <https://www.spb.doctor/>
2. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций (КР) - <https://cr.minzdrav.gov.ru/> (КР «Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома»)

Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
- СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке [«Юрайт» biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ОТРАВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ. ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ. СПОСОБЫ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА. АНТИДОТНАЯ ТЕРАПИЯ. ОСТРЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ: ОТЕК КВИНКЕ, АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Цель занятия: *Отравления лекарственными препаратами:* изучить тактику ведения пациента с отравлениями и способы антидотной терапии.

Острые аллергические реакции: изучить особенности диагностики, дифференциальной диагностики и лечебной тактики при отеке Квинке и анафилактическом шоке.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (кол-во астрономических часов): 4

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

ПК-1: Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 20 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

Программированный контроль:

(Отравления лекарственными препаратами)

1. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К БЕЗЗОНДОВОМУ ПРОМЫВАНИЮ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) отравление снотворными или седативными препаратами
- Б) коматозное состояние пациента
- В) отравление ядовитыми грибами
- Г) наличие язвы желудка в анамнезе

2. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ (ИНСЕКТИЦИДАМИ) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) налоксон
- Б) тиосульфат натрия
- В) атропин
- Г) пиридоксин

3. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МУХОМОРАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) налоксон
- Б) атропин
- В) тиосульфат натрия
- Г) пиридоксин

4. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ГИДРАЗИНОВЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ (ИЗОНИАЗИД) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) налоксон
- Б) тиосульфат натрия
- В) атропин
- Г) пиридоксин

5. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЦИАНИДАМИ (СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА; ЦИАНИСТЫЙ КАЛИЙ И НАТРИЙ; ХЛОРЦИАН) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) налоксон
- Б) тиосульфат натрия
- В) атропин
- Г) пиридоксин

6. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗОВАТЕЛЯМИ (АНИЛИН; НИТРОБЕНЗОЛ; ЙОД;

РТУТЬ; МЫШЬЯК) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) налоксон
- Б) тиосульфат натрия
- В) атропин
- Г) пиридоксин

7. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ (МОРФИН; ГЕРОИН; ТРИМЕПЕРИДИН) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) налоксон
- Б) тиосульфат натрия
- В) атропин
- Г) пиридоксин

8. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКСИДОМ УГЛЕРОДА (УГАРНЫЙ ГАЗ) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) ацизол
- Б) флумазенил
- В) ацетилцистеин
- Г) тримедоксима бромид

9. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) ацизол
- Б) флумазенил
- В) ацетилцистеин
- Г) тримедоксима бромид

10. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МУХОМОРАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) ацизол
- Б) флумазенил
- В) тримедоксима бромид
- Г) ацетилцистеин

11. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ (ДИАЗЕПАМ, ФЕНАЗЕПАМ) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) ацизол
- Б) флумазенил
- В) ацетилцистеин
- Г) тримедоксима бромид

12. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПАРАЦЕТОМОЛОМ:

- А) ацизол
- Б) флумазенил
- В) ацетилцистеин
- Г) тримедоксима бромид

13. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ (ДИАЗЕПАМ, ФЕНАЗЕПАМ) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) ацизол
- Б) флумазенил
- В) ацетилцистеин
- Г) тримедоксима бромид

14. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ, ЭТИЛЕГЛИКОЛЕМ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) этанол
- Б) левомицетина сукцинат
- В) аминостигмин
- Г) димеркапрол

15. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АТРОПИНОМ, ЭФИДРИНОМ, АМИТРИПТИЛИНОМ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) этанол
- Б) левомицетина сукцинат
- В) аминостигмин
- Г) димеркапрол

16. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДИХЛОРЭТАНОМ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) этанол
- Б) левомицетина сукцинат
- В) аминостигмин
- Г) димеркапрол

17. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СВИНЦОМ; 2-Х И 3-Х ВАЛЕНТНЫМИ МЕТАЛЛАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) тетрацин кальций
- Б) дефероксамин
- В) амилнитрит
- Г) метиленовый синий

18. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СОЛЯМИ ЖЕЛЕЗА В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) тетрацин кальций
- Б) дефероксамин
- В) амилнитрит
- Г) метиленовый синий

19. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЦИАНИДАМИ (СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА; ЦИАНИСТЫЙ КАЛИЙ И НАТРИЙ; ХЛОРЦИАН) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) тетрацин кальций
- Б) дефероксамин
- В) амилнитрит
- Г) этанол

20. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЦИАНИДАМИ (СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА; ЦИАНИСТЫЙ КАЛИЙ И НАТРИЙ; ХЛОРЦИАН) В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) тетрацин кальций
- Б) дефероксамин
- В) этанол
- Г) метиленовый синий

21. ОТРАВЛЕНИЕ (ИНТОКСИКАЦИЯ) ЭТО:

- А) патологическое состояние, развивающееся вследствие острого нарушения функции почек (ОПН)
- Б) патологическое состояние, развивающееся вследствие взаимодействия организма и яда
- В) патологическое состояние, развивающееся вследствие острого нарушения функции печени
- Г) патологическое состояние, развивающееся вследствие нарушения всасывающей способности кишечника

22. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА (ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ) ПРОВОДЯТ ВОДОЙ:

- А) горячей водой
- Б) теплой водой
- В) водой комнатной температуры
- Г) холодной водой

23. ПРИ ЗОНДОВОМ ПРОМЫВАНИИ ЖЕЛУДКА ОДНОМОМЕНТНО ВВОДИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 200-250 мл
- Б) 300-350 мл
- В) 400-450 мл
- Г) 500-550 мл

24. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА СЛУЖИТ:

- А) введение 10-12 литров воды
- Б) отсутствие неприятного запаха от промывных вод
- В) чистые промывные воды
- Г) отсутствие примеси крови в промывных водах

25. ПРИ ЗОНДОВОМ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ВО ВРЕМЯ ВЫЛИВАНИЯ ЖИДКОСТИ ВОРОНКА ЗОНДА ДОЛЖНА НАХОДИТЬСЯ:

- А) выше уровня желудка
- Б) на уровне желудка
- В) на уровне головы
- Г) ниже уровня желудка

26. ПРИ СОХРАНЕННОМ СОЗНАНИИ ЗОНДОВОЕ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА:

- А) стоя
- Б) сидя
- В) полулежа
- Г) лежа

27. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ АСПИРАЦИИ РВОТНЫХ МАСС ПАЦИЕНТАМ БЕЗ СОЗНАНИЯ ПРОМЫВАНИЕ ПРОВОДИТЬСЯ:

- А) после восстановления сознания
- Б) после выполнения ЭКГ
- В) после интубации трахеи
- Г) после подписания согласия у родственников на промывание желудка

28. ПОВТОРНОЕ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ 3-6 ЧАСОВ ВЫПОЛНЯЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ:

- А) у которых не было получено чистых промывных вод при первом промывании
- Б) при отравлении наркотическими веществами, ФОС, хлорированными углеводородами

В) у пациентов с подозрением на кровотечение

Г) при отравлении прижигающими ядами

29. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ВЫЗЫВАЮТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ:

А) сырое мясо

Б) хлеб

В) сырые яйца

Г) непастеризованное молоко

30. ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМСЯ РВОТОЙ И ДИАРЕЕЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

А). оральных регидратационных солей

Б). соков

В). энергетических напитков

Г). кипяченной воды

31. ЛСД (ДИЭТИЛАМИД D-ЛИЗЕРГИНОВОЙ КИСЛОТЫ) ОТНОСЯТ К

А) галлюциногенам

Б) психостимуляторам

В) производным конопли

Г) опиатам

32. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНОЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ВВЕДЕНИЕ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) угнетение дыхания

Б) судороги конечностей

В) эндогенная депрессия

Г) понижение температуры

33. НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) вредный и непредвиденный эффект вследствие применения лекарственного средства в терапевтических дозах для профилактики, лечения, диагностики или изменения физиологической функции человека

Б) любое неблагоприятное явление с медицинской точки зрения в жизни пациента, который принимал исследуемый фармацевтический продукт, но не обязательно связанное с приемом данного лекарственного средства

В) реакция на препарат, сведения о природе и тяжести которой отсутствуют в инструкции по применению препарата, не описаны в доступных материалах о препарате и ее не ожидают, исходя из знаний о свойствах препарата

Г) реакция, представляющая угрозу жизни пациента, приведшая к длительному ограничению трудоспособности, онкологическим заболеваниям или приведшая к смерти

34. ПЕРИОДОМ ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ($T_{1/2}$) ЯВЛЯЕТСЯ ВРЕМЯ

А) снижения концентрации в плазме крови на 50%

Б) снижения концентрации в моче на 50%

В) достижения органа-мишени 50% введенной дозы

Г) достижения максимальной концентрации в плазме крови

35. ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ОБУСЛОВЛЕННЫ

А) фармакологическими свойствами лекарственного средства

Б) аллергическими реакциями немедленного или замедленного типа

В) относительной или абсолютной передозировкой препарата

Г) нарушением иммунобиологических свойств организма

36. СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЕНИЕМ/НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПО

А) алгоритму Нارانжо

Б) шкале SCORE

В) формуле MDRD

Г) формуле Кокрофта-Голта

37. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА А (ПРЕДСКАЗУЕМЫЕ) ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А) фармакологического действия и зависят от дозы

Б) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы

В) длительного использования и развития толерантности

Г) индивидуальной нечувствительности и лекарственной устойчивости

38. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА В (НЕПРЕДСКАЗУЕМЫЕ) ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы
- Б) фармакологического действия и зависят от дозы
- В) длительного использования и развития толерантности
- Г) индивидуальной нечувствительности и лекарственной устойчивости

39. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА С («ХИМИЧЕСКИЕ») ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) длительного использования и развития толерантности
- Б) фармакологического действия и зависят от дозы
- В) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы
- Г) индивидуальной нечувствительности и лекарственной устойчивости

40. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА Е (ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ) ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) индивидуальной нечувствительности и устойчивости
- Б) фармакологического действия и зависят от дозы
- В) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы
- Г) длительного использования и развития толерантности

41. СИНДРОМЫ ЛАЙЕЛА И СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ОТНОСЯТ К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ РЕАКЦИЯМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА

- А) В (непредсказуемые)
- Б) А (предсказуемые)
- В) С («химические»)
- Г) D (отсроченные)

42. КАНЦЕРОГЕНЕЗ ОТНОСЯТ К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ РЕАКЦИЯМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА

- А) D (отсроченные)
- Б) В (непредсказуемые)
- В) А (предсказуемые)
- Г) С («химические»)

43. МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КОТОРАЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) фармаконадзором
- Б) комплаенсом
- В) фармакоинспекцией
- Г) фармакоэкономикой

44. ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ УКУСАХ ЗМЕЙ НЕОБХОДИМО

- А) придать полную неподвижность укушенной конечности
- Б) отсосать кровь из ранки
- В) наложить турникет выше места укуса
- Г) сделать надрезы ранки для улучшения оттока крови

45. НЕОТЛОЖНОЙ МЕРОЙ ПРИ ОЖОГЕ КОНЦЕНТРИРОВАННЫМИ КИСЛОТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) смыв водой и нейтрализация щелочью
- Б) обработка спиртовыми растворами
- В) наложение масляной повязки
- Г) наложение сухой окклюзионной повязки

46. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) налоксон
- Б) атропин
- В) флумазенил
- Г) аминостигмин

47. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) флумазенил
- Б) налоксон
- В) атропин
- Г) панангин

48. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) унитиол
- Б) рибоксин
- В) панангин
- Г) допамин

49. ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ ОТ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ И ЗАМЕЩЕНИЕ ЕЕ ДОНОРСКОЙ ПЛАЗМОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) плазмаферезом
- Б) гемофилтрацией
- В) гемодиализом
- Г) ультрафилтрацией

50. ГЕМОДИАЛИЗ ПОКАЗАН ПРИ ОСТРОЙ _____ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А) почечной
- Б) сердечной
- В) печеночной
- Г) дыхательной

51. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ТРИЦИКЛИЧЕСКИМИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) натрия гидрокарбонат
- Б) атропин
- В) адреналин
- Г) дигоксин

52. НАЧАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРОВОДИТСЯ

- А) бензодиазепинами
- Б) антиконвульсантами
- В) холиноблокаторами
- Г) барбитуратами

1. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) острой системной реакцией организма на повторный контакт с аллергеном;
- Б) острой системной реакцией на первичный контакт с антигеном;
- В) проявлением хронического вирусного заболевания;
- Г) эквивалентом гипофункции контррегуляторных систем организма;
- Д) ярким примером реакций гиперчувствительности замедленного типа.

2. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) прием аспирина;
- Б) тепловой удар;
- В) употребление минеральной воды;
- Г) стрессовые состояния;
- Д) массивная кровопотеря.

3. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) употребление термальной воды;
- Б) солнечный удар;
- В) парентеральное введение противостолбнячной сыворотки;
- Г) закрытая черепно-мозговая травма;
- Д) массивная кровопотеря.

4. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) укус муравья;
- Б) тепловой шок;
- В) употребление соли;
- Г) психологический стресс;
- Д) легочное кровотечение.

5. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) укус собаки;
- Б) тепловой шок;
- В) употребление соли;
- Г) использование предметов из латекса;
- Д) легочное кровотечение.

6. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) укус кошки;
- Б) тепловой шок;
- В) употребление сахарозы;
- Г) парентеральное введение экстенциллина;
- Д) легочное кровотечение.

7. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) укус собаки;
- Б) тепловой шок;
- В) употребление в пищу арахиса;
- Г) использование одежды из шелка;
- Д) легочное кровотечение.

8. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) укус канарейки;
- Б) геморрагический шок;
- В) употребление сорбита;
- Г) употребление рыбы;
- Д) маточное кровотечение.

9. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) укус лисы;
- Б) болевой шок;
- В) употребление соли;
- Г) парентеральное введение новокаина;
- Д) легочное кровотечение.

10. В АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

- А) либераторы гистамина;
- Б) наличие IgE;
- В) наличие IgA;
- Г) гипофункция реснитчатого эпителия;
- Д) наличие гиперчувствительности замедленного типа.

11. ДЛЯ I СТЕПЕНИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО:

- А) стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
- Б) медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
- В) незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
- Г) нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
- Д) непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия.

12. ДЛЯ II СТЕПЕНИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО:

- А) стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
- Б) медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
- В) незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
- Г) нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
- Д) непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия.

13. ДЛЯ III СТЕПЕНИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО:

- А) стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
- Б) медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
- В) незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
- Г) нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
- Д) непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия.

14. ДЛЯ IV СТЕПЕНИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО:

- А) стремительное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;+
- Б) медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
- В) незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
- Г) нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
- Д) непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия.

15. ЛАБОРАТОРНЫЙ МАРКЕР, ОТРАЖАЮЩИЙ НАЛИЧИЕ И СТЕПЕНЬ АНАФИЛАКСИИ ПРИ

АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ:

- А) трипсин;
- Б) ГМ-КСФ;
- В) альдолаза;
- Г) триптаза;
- Д) АСЛ-О.

16. ПРИ НАЛИЧИИ АСФИКСИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОТЕКОМ ГОРТАНИ, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ:

- А) интубации;
- Б) катетеризации периферической вены;
- В) катетеризации мочевого пузыря;
- Г) трахеостомии;
- Д) плевральной пункции под УЗИ-контролем.

17. ФОРМАМИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) асфиксическая;
- Б) гемодинамическая;
- В) церебральная;
- Г) абдоминальная;
- Д) инфекционная.

18. К ПРОТИВОШОКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ:

- А) эпинефрин;
- Б) норэпинефрин;
- В) допамин;
- Г) преднизолон;
- Д) стрептокиназа.

19. ОСЛОЖНЕНИЯМИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОГУТ БЫТЬ:

- А) тромбоэмболии различных локализаций;
- Б) тепловой шок;
- В) болевой шок;
- Г) маниакально-депрессивный синдром;
- Д) гипервитаминоз Д.

20. КАКОВА ДОЗА ПОДКОЖНО ВВОДИМОГО ЭПИНЕФРИНА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ:

- А) 0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина;
- Б) 2,5 мл 1% раствора эпинефрина;
- В) 0,5 мл 0,001% раствора эпинефрина;
- Г) 50 мл 0,1% раствора эпинефрина;
- Д) 0,5 мл 0,01% раствора эпинефрина

Вопросы для обсуждения и объяснения:

Отравления лекарственными препаратами:

1. Способы и методика промывания желудка
2. Причины пищевых отравлений.
3. Методы регидратационной терапии.
4. Диагностика и помощь при отравлении этанолом
5. Диагностика и помощь при отравлении метанолом
6. Диагностика и лечение отравлений грибами
7. Лечение отравлений кислотами
8. Лечение отравлений щелочами
9. Принципы диагностики и лечения отравления гашишем (анаша, марихуана)
10. Принципы диагностики и лечения отравления морфиноподобными соединениями
11. Принципы диагностики и лечения отравления кокаином
12. Помощь при действии раздражающих отравляющих веществ («полицейские газы)
13. Принципы диагностики и лечения отравления ртутью
14. Принципы диагностики и лечения отравления спорыньей
15. Принципы помощи при укусах змей
16. Диагностика и помощь при отравлении ФОС
17. Диагностика и помощь при отравлении хлором

Острые аллергические реакции:

1. Определение понятия АШ?
2. Этиологические и предрасполагающие факторы развития АШ?
3. Патогенетические механизмы развития АШ?
4. Классификация АШ?
5. Клинические проявления АШ?
6. Дифференциально-диагностический ряд при АШ?
7. Лечение пациентов с АШ?
8. Перечислите наполнение противошокового набора?
9. Определение понятия АО?
10. Классификация АО?
11. Клинические проявления АО?
12. Лечение пациентов с АО?

- IV. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 00 мин.
- V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин**

Отравления лекарственными препаратами:

Кейс – задачи:

Задача №1.

Пациент Т., 22 лет, после посещения бассейна отметил сильное слезотечение, кашель, затруднение дыхания. Обратился в мед.пункт – было рекомендовано «выйти на свежий воздух». Через 40 мин развилась одышка, вызвал скорую помощь. При осмотре: тахипноэ (ЧДД – 32), цианоз кожных покровов, гиперемия склер, слезотечение; при аускультации – влажные хрипы; АД – 100/60 mmHg, ЧСС – 96 в мин.

Вопросы:

- а. Поставьте диагноз
- б. Какая тактика ведения должна была быть на этапе мед.пункта?
- в. Какую терапию должен назначить врач скорой помощи?

Задача №2.

Пациент С., 30 лет, через 30 мин после ужина (жареная картошка, грибы, жареная свинина) почувствовал тошноту, боли в животе; одышку, слюно- и потоотделение; возникла рвота. Вызвал скорую помощь. Во время осмотра отмечается возбуждение, галлюцинации; судороги АД – 110/70 mmHg, ЧСС – 98 в мин. В машине скорой помощи потерял сознание.

Вопросы:

- а) Поставьте диагноз
- б) Какая правильная тактика ведения пациента
- в) Назовите антидоты, если применимо.

Задача №3.

Пациент Г., 48 лет утром на фоне абстинентного синдрома выпил из стоящей в холодильнике бутылке с этикеткой «водка». Возникли боли во рту, за грудиной, в эпигастрии. Развилась рвота с примесью крови. АД 110/70 mmHg, ЧСС – 98 в мин. После

госпитализации, в стационаре изменение окраски мочи (потемнение).

Вопросы:

- а) Определите вещество, вызвавшее отравление
- б) Опишите тактику ведения пациента
- в) Разъясните причину изменения цвета мочи

Задача №4.

Скорую помощь вызвали на улицу к остановке общественного транспорта. Девушка находится без сознания за остановочным павильоном. Объективно: зрачки резко сужены; редкие вдохи (брадипноэ), ритм сердца правильный, тоны ясные, брадикардия; АД 90/60 mmHg, ЧСС – 52 в мин., ЧДД 5-6 в мин; в области локтевых сгибов, паховых складок, подмышечных областях – следы инъекций.

Вопросы:

- а) Определите возможную причину потери сознания
- б) Какие медицинские мероприятия необходимо провести
- в) Какой специфический антидот необходимо ввести

Задача №5.

Пациентка Т., 23 лет принимала участие в массовых беспорядках. Во время столкновения с полицией были применены «полицейские газы». Жалуется на жжение и боли в глазах; кашель боли и жжение во рту; боли за грудиной. АД – 120/72mmHg, ЧСС – 94 в мин.

Вопросы:

- а) Поставьте диагноз
- б) Назначьте терапию
- в) Какая терапия проводится при упорных болях за грудиной

Задача №6.

Пациент Д. 34 лет проник в дачный домик на территории садоводческого товарищества, обнаружил бутылку водки и выпил. На фоне опьянения отметил появление «мушек» перед глазами, боли в эпигастрии; возникла рвота. Позднее одышка и нарушение зрения. Обратился за мед. помощью. При осмотре:

зрачки расширены, кожные покровы гиперемированы, цианоз слизистых; АД – 110/74mmHg, ЧСС – 106 в мин.

Вопросы:

- а) Определите причину состояния пациента
- б) Назначьте терапию
- в) Укажите специфический антидот в случае отравления

Задача №7.

Пациентка В. 19 лет встречалась с молодым человеком зимой в гаражном боксе. Обнаружена родственниками, вызвана скорая помощь. Отмечает сильную слабость, головную боль, шум в ушах, тошноту; возбуждена, дезориентирована. АД 106/74 mmHg, ЧСС – 108 в мин. За время осмотра развился сопор, потом потеряла сознание, развились судороги.

Вопросы:

- а) Определите возможную причину состояния
- б) Опишите тактику ведения пациента
- в) Если это отравление, каков механизм действия отравляющего вещества

Острые аллергические реакции:

Задача №1.

Больная В., 19 лет, студентка, доставлена в приемный покой бригадой «скорой помощи». Около часа назад пациентке под местной анестезией новокаином выполнялась экстракция зуба. Через 5-7 минут после введения препарата пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в области лица, чувства внутренней тревоги, слабости. Пациентке незамедлительно в стоматологическом кабинете был введен 0,5 мл 0,1% раствор адреналина и 16 мг дексаметазона внутривенно, однако у больной сохранялось затрудненное дыхание, беспокойство, слабость.

Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными - кошка, собака, лошадь, и реакция в виде аллергического ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. Для выявления аллергии проводились

аллергические пробы (выявлена сенсibilизация к эпидермальным аллергенам кошки(++), собаки(+++), клещам домашней пыли(+++)). С возрастом интенсивность аллергических проявлений при контакте с аллергеном уменьшилась, и больная перестала наблюдаться у врачей, не лечилась; 3 месяца назад больная устроилась на новую работу продавцом магазин бытовой химии. Через месяц у больной появился сухой кашель, который постепенно усиливался, пятнистые высыпания на коже. Самостоятельно принимала антигистаминные препараты в течение 7 дней – с некоторым положительным эффектом в виде регресса кожной сыпи. Семейный анамнез: у отца больной - бронхиальная астма, мать страдает хронической крапивницей.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, возбуждена. Беспокоит чувство жара в теле, шум в ушах, непродуктивный кашель. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, груди, плеч, отек в области губ, лица, незначительный акроцианоз. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации грудная клетка безболезненна; ЧД - 26 уд/мин. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных, хрипов.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 смкнутри от среднеключичной линии, не разлитой. Границы относительной тупости сердца: правая на 1 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 1 смкнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 130 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 90/60 мм рт. ст. (исходное АД до экстракции зуба – 120/80 мм.рт.ст.). Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания; при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову -

10 x 9 x 8 см. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, лейкоциты - 7800, эозинофилы - 10%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 5 мм/ч.

Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 114 в 1 минуту. PQ 0,12 мс, QRS 0,08 мс.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите признаки, характерные для данной степени тяжести анафилактического шока.
3. Составьте план противошоковых мероприятий.
4. Какова цель назначения ГКС при анафилактическом шоке?

Задача №2.

Больной М., 45 лет, доставлен в приемное отделение 17 июня бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Со слов знакомых, в парке у пациента через минуту после укуса осы появились резкая слабость, бледность, судороги, а затем потеря сознания. Бригадой «скорой помощи» был введен двухкратно подкожно 0,5 мл 0,1% адреналина, 16 мг дексаметазона внутривенно. Пациент в сознание не приходил, АД 40/0 мм.рт.ст., пульс нитевидный. Сбор анамнеза, в том числе аллергологического, невозможен в виду тяжести состояния больного.

При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной в бессознательном состоянии. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, влажные. Дыхание частое, поверхностное, ЧД - 30 в 1 мин. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье, по среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены, аритмичны. Пульс аритмичный, 150 уд/мин, нитевидный; АД - 30/0 мм рт. ст. Живот участвует в

акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. В области шеи слева след от укуса насекомого.

Анализ крови: НЬ - 160 г/л, лейкоциты - 8000, эозинофилы - 6%, палочко-ядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч.

Газовый состав крови pO_2 - 55 мм; pCO_2 - 45 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дайте характеристику степени тяжести анафилактического шока.
3. Перечислите план необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Каков прогноз?
4. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.

4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке

<http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета

3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрикатору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
- СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru;>

2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru;>

3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru;>

4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - [http://www.viniti.ru/;](http://www.viniti.ru/)

5. Кокрановская библиотека [https://www.cochranelibrary.com/;](https://www.cochranelibrary.com/)

6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary - Psychology and Social Work - <http://site.ebrary.com/lib/rzgmu;>

Библиографическая и реферативная база данных Scopus - www.scopus.com.

Тема занятия: КОЛЛАПС, ШОК, ОТЕК ЛЕГКИХ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВРАЧА ТЕРАПЕВТА.

Цель занятия: изучить этиопатогенез коллапса и неотложную помощь при нем, клинику и диагностику острой левожелудочковой недостаточности и дифференцированные подходы к проведению неотложной терапии кардиогенного шока и отека легких.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 4

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

ПК-1: Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 20 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала (контроль теоретической подготовки студентов) - 35 мин:**

Программированный контроль:

1. ЗАСТОЙ ПО МАЛОМУ КРУГУ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИВОДИТ К

Б) Отекам голеней

- В) Почечной недостаточности
- Г) Асциты
- Д) Отеку легких

2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ЭФФЕКТОМ СПОСОБЕН УЛУЧШАТЬ ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК

- А) Допамин
- Б) Милренон
- В) Добутамин
- Г) Левосимендан

3. СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС ЗАВИСИТ ОТ

- А) Сократительной способности сердечной мышцы
- Б) Величины температурного градиента
- В) Диффузионной способности легких
- Г) Насыщения гемоглобина кислородом в артериальной крови

4. ПРИЗНАК ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А) Отеки ног
- Б) Приступы сердечной астмы
- В) Гепатомегалия
- Г) Видимая пульсация вен на шее

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Острый вирусный миокардит
- Б) Дилатационная кардиомиопатия
- В) Острые формы ишемической болезни сердца
- Г) Гипертрофическая кардиомиопатия

6. К ВЕНОЗНЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

- А) Нитраты
- Б) Дигидропиридины
- В) Ингибиторы АПФ
- Г) α -Адреноблокаторы

7. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СВЯЗАНО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ БОЛЕЕ ____ % МАССЫ МИОКАРДА

- А) 10
- Б) 15

В) 20

Г) 40

8. ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ ХРИПЫ

А) Влажные

Б) Сухие экспираторные

В) Свистящие

Г) Сухие высокотоновые

9. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОПЕРФУЗИИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Брадикардия

Б) Полиурия

В) Олигурия

Г) Гиперемия кожных покровов

10. К ИСТИННОМУ КАРДИОГЕННОМУ ШОКУ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

А) Трансмуральный инфаркт миокарда

Б) Пароксизмальная желудочковая тахикардия

В) Фибрилляция предсердий

Г) Суправентрикулярная тахикардия

11. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

А) Артериальная гипертензия

Б) Брадикардия

В) Полиурия

Г) Артериальная гипотония

12. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А) Верапамил

Б) Нитроглицерин

В) Дипиридамол

Г) Бисопролол

13. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Морфин

Б) Фентанил

В) Метамизол натрия

- Г) Кеторолак
- 14. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИНЯТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАССИФИКАЦИЮ**
- А) GOLD
Б) NYHA
В) Стражеско-Василенко
Г) Killip
- 15. СТАДИЯ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ IV СТЕПЕНИ ПО KILLIP СООТВЕТСТВУЕТ**
- А) Интерстициальному отеку легких
Б) Кардиогенному шоку
В) Остановке кровообращения
Г) Альвеолярному отеку легких
- 16. ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ НИТРОГЛИЦЕРИНА У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ СВЯЗАН С**
- А) Увеличением коронарного кровотока вследствие увеличения частоты сердечных сокращений
Б) Расширением периферических артерий
В) Расширением периферической венозной системы
Г) Замедлением ЧСС и снижением потребности миокарда в кислороде
- 17. ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЮТ**
- А) Фуросемиду
Б) Маннитолу
В) Спиринолактону
Г) Гидрохлортиазиду
- 18. ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**
- А) Снижение
Б) Повышение
В) Сначала снижение, потом повышение
Г) Сначала повышение, потом снижение

19. ШОКОВЫМ ИНДЕКСОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕ

- А) Частоты пульса к центральному венозному давлению
- Б) Частоты пульса к систолическому артериальному давлению
- В) Систолического артериального давления к частоте пульса
- Г) Систолического артериального давления к диастолическому артериальному давлению

20. ПРИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИМЕТ МЕСТО

- А) Набухание шейных вен
- Б) Ортопноэ
- В) Асцит
- Г) Увеличение печени

Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Дайте определение коллапса.
2. Опишите алгоритм неотложных врачебных мероприятий при коллапсе.
3. Дайте определение ОЛН.
4. Назовите основные клинические проявления КШ.
5. Перечислите этапы оказания неотложной помощи при истинном КШ.
6. Назовите инотропные препараты, применяемые для оказания неотложной помощи при КШ.
7. Проведите дифференциальный диагноз ОЛ с приступом бронхиальной астмы.
8. Каковы особенности купирования ОЛ при выраженной артериальной гипертензии?
9. Перечислите особенности купирования ОЛ при выраженной артериальной гипотензии.
10. Каковы особенности купирования ОЛ при нарушениях сердечного ритма и проводимости?
11. Перечислите особенности купирования ОЛ при аортальном стенозе.
12. Назовите группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания неотложной помощи при ОЛ.

- IV. Клиническая работа:** курация больных – 1 час 00 мин.
- V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.**

Кейс – задачи:

Задача №1:

К больной 71 года вызван врач скорой помощи. Жалобы на одышку, головокружение и учащённое сердцебиение, возникшее 35 минут назад.

Анамнез заболевания: перенесла Q инфаркт миокарда задненижней стенки левого желудочка в 2012 г., лечилась стационарно. Страдает гипертонической болезнью с цифрами АД 180/90 мм рт. ст. в течение 10 лет. При физической нагрузке (ходьба на расстояние 200 метров спокойным шагом) бывают загрудинные боли, которые быстро купируются приемом нитроглицерина. Отмечает отёки голеней, увеличивающиеся к вечеру, одышку при ходьбе. Принимает амлодипин, дигоксин, фуросемид, ацетилсалициловую кислоту.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Лежит с высоким изголовьем. Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоз. Пульс - 140 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичный. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости слева в V межреберье от *lin.medioclavicularis sin.* + 2 см. Тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен. Акцент II тона на лёгочной артерии. Частота дыхания - 29 в 1 минуту. В лёгких жёсткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже рёберной дуги. Отёки голеней.

На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной, - желудочковая тахикардия.

Вопросы:

1. Сформулируйте Ваш предположительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваш предположительный диагноз.
3. Опишите лечебную тактику.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

Задача №2:

Больная М. 56 лет, продавец, госпитализирована с жалобами на интенсивную жгучую боль по всей грудной клетке в течение 7,5 часов, с иррадиацией в левое плечо, шею, нижнюю челюсть, локоть, также предъявляла жалобы на испарину, сердцебиение, слабость, одышку в покое, кашель.

Рост - 178 см, вес - 105 кг. Не курит. Отец в 49 лет перенес инфаркт миокарда. С 35 лет пациентка отмечает повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Обследована, принимает периндоприл 10 мг на ночь, метопролола сукцинат 100 мг утром. Пациентка 7 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин 1000 мг/сут. Сахар крови в пределах 9,5 ммоль/л. С мая прошлого года отмечает приступы давящих болей за грудиной при физической нагрузке (ходьба по ровной местности до 600 метров) продолжительностью до 5 минут, которые купировались после прекращения ходьбы. Лечилась амбулаторно и стационарно, выставлялся диагноз «ишемическая болезнь сердца», дополнительно назначена ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, розувастатин 10 мг/сут, короткодействующие нитраты по потребности. Два месяца назад планово проведена коронароангиография, выявлено изолированное поражение передней нисходящей (ПНА) коронарной артерии – 95% стеноз в средней трети. В виду тяжести поражения немедленно выполнено стентирование стеноза ПНА стентом с лекарственным покрытием. Пациентке после выписки рекомендовано продолжить приём терапии, включая ацетилсалициловую кислоту, метопролола сукцинат, периндоприл, розувастатин и метформин, а также в течение одного года клопидогрел. За два дня до настоящего ухудшения пациентка прекратила прием клопидогрела, оправдывая это появившейся кровоточивостью дёсен. Ухудшение состояния в виде появления интенсивного болевого синдрома в грудной клетке в покое появилось сегодня в 06-00. Пациентка самостоятельно приняла 4 таблетки нитроглицерина без эффекта и в 12-00 после появления одышки и слабости вызвала скорую медицинскую помощь.

При осмотре врачом СМП состояние тяжёлое за счёт болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии (АД - 100/60, ЧСС – 98 в минуту). Записана ЭКГ (см. ниже). С

некупированным болевым синдромом доставлена в приёмное отделение.

Объективно: состояние тяжёлое. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выраженно влажные. Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациентка принимает вынужденную позу - полусидя. Аускультативно над всеми лёгочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выраженно ослаблен, нитевидный, 120 ударов в минуту. Аускультативно в области верхушки сердца ослаблен I тон, тахикардия до 120 в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке. АД на правой верхней конечности - 80/50 мм рт. ст., на левой верхней конечности - 75/50 мм рт. ст. Отеков на нижних конечностях нет. За время транспортировки и осмотра не мочилась. По ЭКГ в приемном отделении без динамики по сравнению с пленкой СМП.

Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, лейкоциты - 11×10^9 /л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ - 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: сахар - 22 ммоль/л, креатинкиназа общая фракция - 1900 Е/л, креатинкиназа-МВ фракция - 102 Е/л, тропонин Т - 2,9 нг/мл; общий холестерин - 6,2 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности - 4,1 ммоль/л; рН крови - 7,2.

По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка - 38%, регургитация на митральном клапане III, гипертрофия миокарда левого желудочка. По данным инвазивного измерения гемодинамики центральное венозное давление - 260 мм вод.ст. (N - 90-110 мм. вод. ст.).

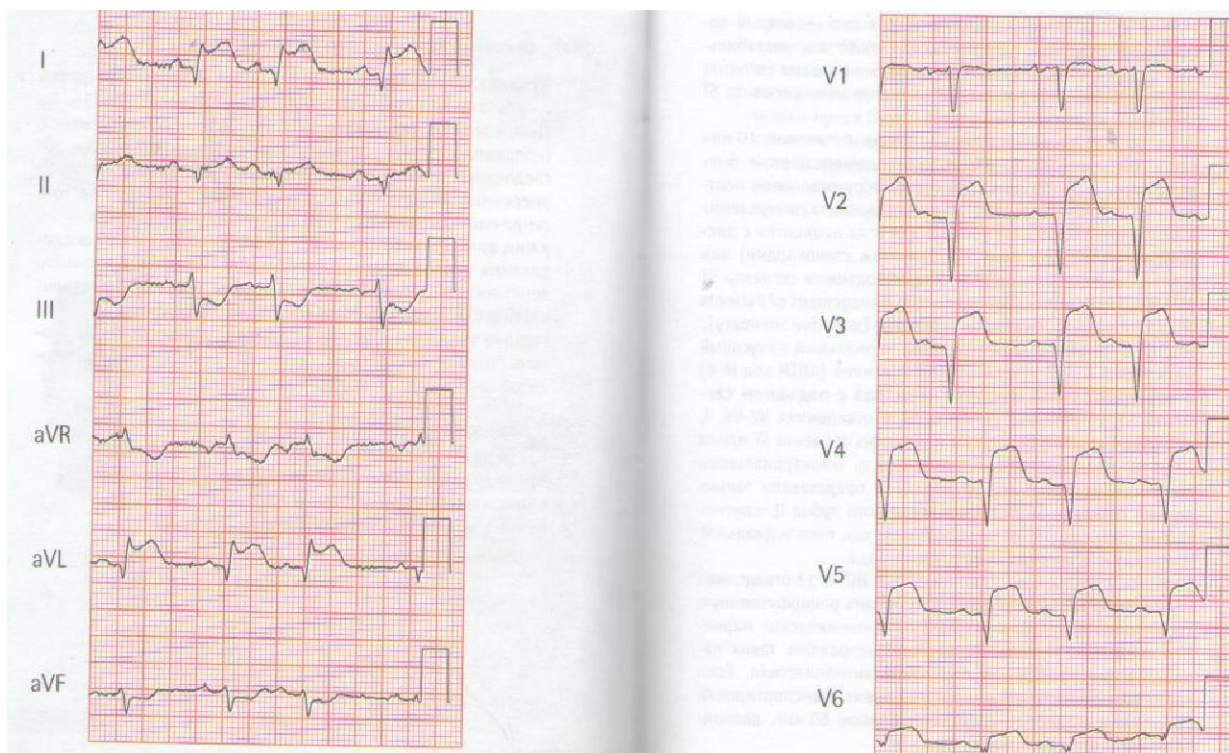
Давление заклинивания легочных капилляров - 23 мм рт. ст. (N - 10-18 мм рт. ст.).

Сердечный индекс - 1,8 л/мин/м² (N - 2,5-4,5 л/мин/м²).

Сатурация периферического кислорода - 69% (N - 80-100).

Рентгенологически в легких венозный застой, тень сердца расширена влево.

ЭКГ на этапе СМП



Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какую помощь нужно экстренно оказывать пациентке?

- VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**
VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Окороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава

- России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
 4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
 5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Петербургский союз врачей - <https://www.spb.doctor/>
2. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>

3. Рубрикатор клинических рекомендаций -
<https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
- СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. Федеральный портал «Российское образование» -
<http://www.edu.ru>
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru>
3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru>
4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук -
<http://www.viniti.ru/>
5. Кокрановская библиотека <https://www.cochranelibrary.com/>
6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuestebrary-PsychologyandSocialWork -
<http://site.ebrary.com/lib/rzgmu>.
7. Библиографическая и реферативная база данных Scopus -
www.scopus.com.